Nr. 1. 5. stycznia 1936. Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Bronisław STĘPOWSKI. Kraków.

Luźne uwagi o hormonach gonadotropowych.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. January Zubrzycki.

Mianem hormonów gonadotropowych określamy hormony, pobudzające do czynności gruczoły płciowe i to tak męskie, jak żeńskie.

W myśl dzisiejszych zapatrywań rozróżniamy trzy grupy hormonów gonadotropowych zależnie od miejsca, gdzie je znajdujemy. Pierwszą grupę stanowią znane najdawniej, gdyż odkryte jeszcze przez Zondeka i jego współpracowników, hormony gonadotropowe, znajdujące się w przednim płacie przysadki mózgowej. Do drugiej grupy należą t. zw. prolany, hormony gonadotropowe, znajdujące się w wielkiej, wprost zdumiewającej ilości, w moczu kobiety ciężarnej. Za trzecią grupę uważać można hormony gonadotropowe, znajdujące się w łożysku.

O ile już dawniej istniały zastrzeżenia, co do identyczności chemicznej hormonów gonadotropowych, wchodzących w skład tych trzech grup, o tyle identyczność ich biologiczna, zdolność wywoływania takich samych zjawisk biologicznych, zrazu nie ulegała wątpliwości. W miarę dalszych doświadczeń zaczęto jednak zwracać uwagę na różnice w fizjologicznem działaniu przedewszystkiem prolanów i hormonów gonadotropowych, znajdujących się w przednim płacie przysadki mózgowej. Pewne doświadczenia zdawały się wskazywać, że hormony gonadotropowe przedniego płatu przysadki mózgowej są jakby więcej wartościowe. Mogą one np. uczynniać jądra niedojrzałych kogutów, czego prolany dokonać nie potrafią (Winter i Pick). Spostrzeżenia te oraz wyniki podobnych doświadczeń przemawiałyby rzeczywiście za tem, że i o identyczności biologicznej prolanów oraz hormonów gonadotropowych przedniego płatu przysadki mózgowej właściwie mowy być nie może.

Jakkolwiek się jednak sprawa ma, co do gruczołów płciowych męskich, nie ulega wątpliwości, że hormony gonadotropowe, należące do wspomnianych trzech grup, oddziaływują w jednakowy sposób na gruczoły płciowe żeńskie, wywołując w nich zmiany odkryte i opisane przez Zondeka, a nazwane przez niego I, II i III odczynem przedniego płatu przysadki mózgowej (HVR I, II, III).

Pierwszy odczyn przedniego płatu przysadki mózgowej polega na stwierdzeniu w jajnikach zwierząt doświadczalnych, jakiemi są młodociane samice gryzoni (myszy, szczury) dojrzewających pęcherzyków Graafa. Jest to zjawisko znane dobrze z fizjologji gruczołów płciowych żeńskich i występujące w okresie t. zw. rui zwierzęcej. Drugi odczyn przedniego płatu przysadki mózgowej polega na występowaniu wylewów krwi do dojrzałych pęcherzyków Graafa. Trzeci zaś odczyn przedniego płatu przysadki polega na stwierdzeniu w jajnikach zwierząt, użytych do doświadczenia, t. zw. *corpora lutea atretica* t. j. ciałek żółtych, zawierających jajo, obok, rzecz prosta, typowych ciałek żółtych, które już jaj nie zawierają. Wszystkie te odczyny występują pod działaniem hormonów gonadotropowych równocześnie, nie wszystkie jednak wysuwają się na plan pierwszy. Zdarzyć się może, że w jajnikach zwierząt, użytych do doświadczenia, stwierdzimy tylko HVR I lub HVR III lub HVR III i II lub HVR I i III i t. d. Tłumaczy się to niejednakową wrażliwością zwierząt doświadczalnych na hormony gonadotropowe, których jest dwa i które nazywamy, w myśl życzenia Zondeka, hormonem A i hormonem B. Każdy z tych hormonów posiada odrębne działanie fizjologiczne. Hormon gonadotropowy A wywołuje dojrzewanie pęcherzyka Graafa, hormon gonadotropowy B powstawanie ciałek żółtych; o ile oba hormony działają równocześnie i w wielkiej ilości, wówczas przychodzi do odczynu II przedniego płatu przysadki mózgowej t. j. do wylewów krwi do dojrzałych pęcherzyków Graafa. Twierdzenie, że istnieją dwa hormony gonadotropowe było zrazu tylko hipotezą, którą większość badaczy uważała jednak za bardzo prawdopodobną. Jedynie nieznaczna ich część przyjmowała, że mamy do czynienia tylko z jednym hormonem gonadotropowym, który zależnie od stężenia, w jakiem występuje, wywołać może odmienne zjawiska fizjologiczne. Sprawa ta przesądzoną jednak została na korzyść Zondeka, twórcy hipotezy o istnieniu dwóch hormonów gonadotropowych, z chwilą kiedy udało się wyodrębnić z przysadki mózgowej hormon A i hormon B. Hormony gonadotropowe występują w przednim płacie przysadki mózgowej w niejednakowej ilości, przeważa hormon gonadotropowy A, wywołujący dojrzewanie pęcherzyków Graafa.

Wkrótce po odkryciu hormonów gonadotropowych w przednim płacie przysadki mózgowej przez Zondeka okazało się, że ciała gonadotropowe występują w bardzo wielkiej ilości w moczu i we krwi kobiety ciężarnej. Stężenie ciał gonadotropowych w moczu kobiety brzemiennej jest tak wielkie, że nawet nieduże dawki moczu, wprowadzone pod skórę zwierząt doświadczalnych, wywołują w jajnikach ich charakterystyczne zmiany, opisane przez Zondeka. Zjawisko to, jak wykazały dalsze doświadczenia, jest prawem. Podkreślić jednak trzeba, że stężenie hormonów gonadotropowych czyli t. zw. prolanów w moczu kobiety brzemiennej jest największe w pierwszych miesiącach ciąży. Później ilość hormonów gonadotropowych w moczu ciężarnej zmniejsza się (prawie o 25%) tak, że wykazanie ich obecności może nastręczać pewne trudności.

Spostrzeżenia te zużytkowane zostały w praktyce lekarskiej dzięki opracowaniu w szczegółach rozpoznawczej próby ciążowej, nazwanej odczynem Aschheima i Zondeka. Okazała się ona odczynem pierwszorzędnej wartości ze względu na wysoki odsetek wyników pewnych (prawie 99%) i zyskała prawo obywatelstwa we wszystkich pracowniach biologicznych. W istocie, stanowi ona rozwiązanie problemu, który zaprzątał uwagę badaczy od dziesiątków, a nawet od setek lat, rozpoznawania ciąży, niezależnie od jej objawów klinicznych, zdala od badanej kobiety. Dziś znaną jest ona nawet w szerokich kołach niepowołanych.

W związku z odkryciem prolanów w moczu kobiet ciężarnych wysunęła się na pierwszy plan kwestja ich pochodzenia. Zondek twierdził, że prolany są pochodzenia przysadkowego, że przysadka mózgowa, ulegając w ciąży charakterystycznym zmianom (Wagner, Stuve, Malone, Glinski) ze względu na potrzeby ustroju kobiety ciężarnej, wytwarza również wielkie ilości hormonów gonadotropowych. Nie zmienił on swych zapatrywań na tę sprawę nawet wówczas, kiedy odkryto wielkie ilości hormonów gonadotropowych w łożysku i utrzymywał, że ustrój ciała gonadotropowe jedynie w łożysku magazynuje. Dalsze doświadczenia, badania zwłok kobiet, zmarłych w czasie ciąży i w pierwszych dniach połogu i pewne spostrzeżenia kliniczne wykazały jednak, że przedni płat przysadki mózgowej wogóle hormonów gonadotropowych w ciąży nie wytwarza. Cząstki przedniego płatu przysadki mózgowej ciężarnej, wszczepione pod skórę młodocianym samicom gryzoni, nie wywołują w ich jajnikach zmian, opisanych przez Zondeka i zależnych od obecności ciał gonadotropowych. Co więcej, okazało się, że pojawianie się w moczu prolanów uzależnione jest od wytworzenia się w ustroju kobiety ciężarnej kosmówki, a znikanie ich od wydalenia łożyska w czasie poronienia lub porodu. Zatrzymanie resztek łożyska połączone jest z dalszem wytwarzaniem przez nie hormonów gonadotropowych, których obecność da się stwierdzić drogą doświadczenia, w dłuższy czas po porodzie lub poronieniu, w każdym razie po upływie 8—10 dni, w ciągu których ciała te zwykle powinny zniknąć z ustroju. Spostrzeżenia te uprawniają dziś do twierdzenia, że przedni płat przysadki mózgowej wytwarza hormony gonadotropowe tylko poza ciążą, podczas kiedy w okresie brzemienności rolę tę bierze na siebie łożysko. W tem ujęciu należy prolany i hormony, znajdujące się w łożysku, uważać za ciała identyczne pod względem chemicznym i biologicznym, traktować je, jako jedną całość i w pewnych wypadkach, przeciwstawiać hormonom gonadotropowym, znajdującym się w przednim płacie przysadki mózgowej, o których wyżej wspomniałem.

Odkrycie hormonów gonadotropowych przez Zondeka i jego współpracowników było prawdziwą niespodzianką i stanowiło pod pewnemi względami nowy etap w fizjologji gruczołów płciowych żeńskich. Stwierdzenie bowiem, jakby nadrzędnego gru-

czołu płciowego, jakim okazał się przedni płat przysadki mózgowej i wykazanie jego wpływu uczynniającego na jajnik i to nietylko w kierunku pobudzania go do czynności wewnątrzwydzielniczych, ale i do czynności generatywnych, wysunęło na pierwszy plan szereg zagadnień w związku ze zjawiskami biologicznemi, występującemi w ustroju kobiecym, których przebieg i przyczyny trzeba było uzgodnić z faktem istnienia oraz działania hormonów gonadotropowych. Sprawy te okazały się jednak bardzo trudnemi do rozwiązania. Rzec można, że mimo długiego szeregu prac i doświadczeń kwestjom tym poświęconych, trzeba je dziś jeszcze, mimo naszych pogłębionych w tej dziedzinie wiadomości, uważać za niewyjaśnione.

Zagadką pozostaje dotychczas naprzykład, dlaczego jajeczkowanie w ustroju kobiety odbywa się okresowo, kiedy hormony gonadotropowe wytwarzane są — tak przynajmniej sądzimy — stale; dlaczego jajeczkowanie w ciąży zamiera, chociaż ilość ciał gonadotropowych, jaką ustrój kobiety w tym okresie rozporządza, jest bardzo wielka i dlaczego wraca dopiero wówczas, kiedy ilość ciał gonadotropowych zmniejsza się w takim stopniu, iż zwyczajnemi sposobami doświadczalnemi wykazać ich nie można. Nie wiadomo również, dlaczego do pierwszego jajeczkowania przychodzi u kobiety względnie późno, gdyż dopiero w okresie pokwitania, jakkolwiek ustrój wytwarza je w przednim płacie przysadki znacznie wcześniej, a jajniki dziewczynki, analogicznie do jajników niedojrzałych samic gryzoni, winny być właśnie doskonałym probierzem działania i obecności hormonów gonadotropowych. Niewiadomo również dotąd, w jakim celu ustrój kobiety ciężarnej wytwarza tak wielkie ilości ciał gonadotropowych, chociaż usuwane są one masowo drogą nerek, śliny, potu, jako niezużytkowane, a więc niepotrzebne. I takich problemów jest więcej.

Celem wyjaśnienia i rozwiązania tych zagadek biologicznych, zbudowano szereg mniej lub więcej szczęśliwych hipotez, z których każda posiada jednak wielkie braki, a żadna nie jest poparta przekonywującemi doświadczeniami. Przyjmują one istnienie w ustroju żeńskim pewnych czynników regulujących lub hamujących jajeczkowanie.

Dużem uznaniem cieszy się np. hipoteza Siegmunda i Mahnerta, w myśl której między hormonami gonadotropowemi, przedewszystkiem hormonem A, wywołującym dojrzewanie pęcherzyków Graafa, a hormonem ciałka żółtego, zwanym lutyną, progestyną lub luteosteronem istnieje pewien antagonizm. Z chwilą powstania ciałka żółtego w ustroju kobiety i pojawienia się w niem hormonu, przez nie wytwarzanego, hormon ten zaczyna oddziaływać na przedni płat przysadki mózgowej, upośledzając jego zdolność produkcji hormonów gonadotropowych, przedewszystkiem hormonu A. Przysadka mózgowa przestaje oddziaływać w kierunku pobudzającym na jajnik i dopiero po zaniknięciu ciałka żółtego i usunięciu lutyny z ustroju, wytwarzanie hormonów gonadotropowych rozpoczyna się na nowo. W myśl zatem tej hipotezy zmianom okresowym w jajniku, a więc i w błonie śluzowej macicy odpowiadałyby zmiany okresowe w przednim płacie przysadki mózgowej, polegające na czasowej, a nie ustawicznej, produkcji hormonów gonadotropowych.

W myśl tej teorji zamieranie jajeczkowania w czasie ciąży uzależnionemby było również od obecności ciałka żółtego ciążowego, którego rolę, o ile chodzi o hormon przez nie wytwarzany, brałoby na siebie w drugiej połowie ciąży łożysko. Tu jednak hipoteza Mahnerta i Siegmunda wykazuje swe strony ujemne. Opiera się bowiem na twierdzeniu, że wytwarzany przez ciążowe ciałko żółte hormon oddziaływuje na przedni płat przysadki mózgowej, nie dopuszczając do wytwarzania w nim hormonów gonadotropowych. Dziś wiemy jednak, że przedni płat przysadki mózgowej w ciąży wogóle ciał gonadotropowych nie produkuje, niema więc mowy o jakimkolwiek wpływie lutyny, upośledzającym tę czynność. Hormony gonadotropowe równie, jak hormon ciałka żółtego, wytwarzane są także w łożysku, obok siebie, a doświadczenie uczy, że o jakimś wpływie ich na siebie, w kierunku zobojętniania się biologicznego, niema właściwie mowy. Właśnie w ciąży, mimo obecności ciałka żółtego, hormony gonadotropowe wytwarzane są w bardzo wielkiej ilości. Cowięcej, doświadczenia uczą, że odczyn Aschheima i Zondeka, odczyn zależny od obecności hormonów gonadotropowych, przebiega w sposób typowy, bez żadnych zaburzeń, także u zwierząt, poddanych działaniu bardzo dużych dawek lutyny (Stępowski). Należałoby zatem przyjąć, że hormon ciałka żółtego albo nie wywiera wpływu hamującego na jajeczkowanie, albo wywiera go tylko w warunkach fizjologicznych, poza ciążą. Zamieranie jajeczkowania w czasie ciąży uzależnionem musi być jednak od innych czynników dziś jeszcze nieznanych, w każdym zaś razie nie może zależeć wyłącznie od obecności w ustroju kobiety hormonu ciałka żółtego.

Występowanie pierwszego jajeczkowania dopiero w okresie pokwitania, a więc po dłuższym czasie od chwili rozpoczęcia wytwarzania hormonów gonadotropowych przez przedni płat przysadki mózgowej dziewczynki, możnaby sobie tłumaczyć niedostateczną ich ilością w ustroju przed pokwitaniem. Być może, że dopiero jakaś większa ilość hormonów gonadotropowych konieczną jest do wywołania pierwszego jajeczkowania i do rozpoczęcia tego nieprzerwanego cyklu wzajemnego oddziaływania na siebie gruczołów płciowych i przysadki mózgowej i odwrotnie, które kończy się dopiero w okresie przekwitania.

Stosunkowo trudnem jest wyjaśnienie, dlaczego ustrój kobiety brzemiennej wytwarza tak wielkie ilości hormonów gonadotropowych. Wiadomo, że w moczu noworodka, a więc i w moczu oraz krwi płodu znajduje się pewna ilość hormonów gonadotropowych oraz hormonów płciowych. Stężenie ich w moczu płodu, w porównaniu ze stężeniem w moczu położnicy, jest jednak znacznie mniejsze. Wiadomo, że hormony gonadotropowe wpływają tylko na rozwój gruczołów płciowych, hormony zaś płciowe na cechy płciowe drugorzędne i trzeciorzędne. Wiadomo również, że przedostają się one do krwiobiegu matki i płodu z łożyska i prawdopodobnie tylko spowodu różnic anatomicznych w budowie części jego domatczynej i dopłodowej przedostają się w niejednakowych ilościach. Być może jednak, że przyroda, w swej rozrzutności, ale i celowości zarazem, dlatego wytwarza w ciąży tak wielką ilość hormonów gonadotropowych i płciowych, aby pewien odsetek ogólnej ilości wyprodukowanych hormonów — może niewielki, ale konieczny dla rozwoju cech płciowych pierwszo-, drugo- i trzeciorzędnych, — przedostał się z łożyska do krwiobiegu płodu, mimo niekorzystnych warunków anatomicznych. Rzecz prosta, że w razie wytwarzania mniejszej ilości hormonów gonadotropowych i płciowych w okresie ciąży, mniejszy odsetek ich przedostawałby się do krążenia płodowego a ta ilość mogłaby być niewystarczająca do rozwoju gruczołów płciowych płodu i całego jego systemu płciowego. Jest to, rzecz prosta, tylko przypuszczenie, niepoparte żadnemi doświadczeniami.

Brak wyjaśnienia dla całego szeregu problemów biologicznych, z których tylko o kilku wspomniałem, dowodzi, że nauka o hormonach płciowych i gonadotropowych posiada dziś jeszcze poważne luki, że liczyć się musimy z możliwemi niespodziankami, które mogą zmienić zupełnie nasze zapatrywania tak co do liczby hormonów płciowych, jak wzajemnego ich na siebie oddziaływania, jak wreszcie co do sposobu, w jaki odbywa się uczynnianie gruczołów płciowych przez przysadkę mózgową i odwrotnie. Bądźcobądź jednak szereg zdobyczy naukowych, w związku z pracami i doświadczeniami lat ostatnich, zyskał sobie już dziś prawo obywatelstwa w medycynie i znalazł zastosowanie w praktyce.

Wiadomo, jak wielką rolę odgrywa obecnie odczyn Aschheima i Zondeka w diagnostyce wczesnej i prawidłowej ciąży. Nie ulega wątpliwości, że rozpowszechnienie się jego i znakomite wyniki, uzyskane w praktyce, usunęły w cień zapomnienia wszystkie znane dotychczas odczyny chemiczne i biologiczne w tej dziedzinie. Podkreślić jednak należy, że i pewne sprawy patologiczne, w związku z nieprawidłowo przebiegającą ciążą i połogiem rozpoznawać można przy jego pomocy z uwzględnieniem objawów klinicznych. Nieprawidłowe zagnieżdżenie się jaja płodowego, prowadzące do t. zw. ciąży pozamacicznej, a również i pewne schorzenia w związku ze zwyrodnieniem jaja płodowego (zaśniad groniasty, kosmówczak złośliwy) rozpoznawać można bowiem przy pomocy odczynu Aschheima i Zondeka.

Wynik odczynu Aschheima i Zondeka w przebiegu ciąży pozamacicznej, jak długo ta żyje i rozwija się, jest równie pewny, jak wynik próby w przebiegu ciąży prawidłowej. W tych jednak wypadkach znakomite usługi oddaje pewna odmiana klasycznego odczynu Aschheima i Zondeka, wykonywana na królicach i nazwana odczynem Friedmanna. Czas trwania odczynu Friedmanowskiego jest bowiem znacznie krótszy i umożliwia szybsze postawienie rozpoznania. Podkreślić jednak trzeba, że z chwilą, kiedy przychodzi do utraty łączności między łożyskiem i podłożem, kiedy występują objawy poronienia jajowodowego lub pęknięcia jajowodu, decydują i dziś, tak, jak dawniej, kliniczne objawy i sposoby badania, a uciekanie się do odczynu biologicznego jest i ryzykownem i niezbyt pewnem, w tych bowiem przypadkach zarówno odczyn Friedmanna, jak i odczyn Aschheima-Zondeka może stać się powodem wątpliwości, gdyż czasem wypada ujemnie.

W przebiegu zaśniadu groniastego i kosmówczaka złośliwego ilość hormonów gonadotropowych w moczu niepomiernie wzrasta tak, że odczyn Aschheima i Zondeka wypada dodatnio już po zastrzyknięciu niewielkich dawek moczu i to rozcieńczonego. W zaburzeniach, będących następstwem zatrzymania

resztek łożyska po poronieniu lub po porodzie, decydują o rozpoznaniu objawy kliniczne, jednak i w tych przypadkach odczyn Friedmanna lub Aschheima i Zondeka może oddać dobre usługi.

Spostrzeżenia Zondeka i jego współpracowników zużytkowane zostały jednakże nietylko w diagnostyce ginekologicznej i położniczej, ale również i w terapji hormonalnej. Odkrycie bowiem tak wielkich ilości hormonów gonadotropowych w moczu — obok hormonów płciowych — a więc w materjale łatwo dostępnym, umożliwiło wydobywanie ich na wielką skalę i zastosowanie w większej mierze w lecznictwie; umożliwiło również dalsze doświadczenia, które jak dotąd, napotykały na poważne trudności, ze względu na wielkie koszty, o jakie przyprawiało wydobywanie hormonów gonadotropowych z przysadki mózgowej. I jeśli, jak dotąd, w dziedzinie lecznictwa hormonami gonadotropowemi i hormonami płciowemi nie możemy poszczycić się decydującemi wynikami, to wina leży najprawdopodobniej między innemi, nie tyle w błędnie wyprowadzonych z doświadczeń wnioskach, ile w pewnych różnicach, jakie zachodzą między ustrojem zwierząt doświadczalnych, a ustrojem kobiety. Nie ulega bowiem wątpliwości, że cały szereg pozytywnych wniosków, cały szereg pewników, w związku z doświadczeniami, przeprowadzonemi na zwierzętach, może czasem, w przeszczepieniu ich na ustrój człowieka, prowadzić do zawodów i rozczarowań. Być może jednak, że i w tej dziedzinie nastanie obecnie zmiana na lepsze, gdyż udało się w ostatnich czasach określić budowę chemiczną wszystkich znanych nam hormonów płciowych, co umożliwi dokładniejsze ich dawkowanie i wytwarzanie drogą sztuczną, a następne doświadczenia sprowadzi na tory ściślej określone. Nie da się bowiem zaprzeczyć, że w dziedzinie zapatrywań na hormony płciowe i gonadotropowe, panuje dotąd chaos, uniemożliwiający przeciętnemu lekarzowi rozpatrzenie się w długim szeregu prac i doświadczeń, poświęconych w ostatnich latach tym zagadnieniom. Należałoby sobie zatem życzyć, aby teraz doświadczenia poszły przedewszystkiem w kierunku wyeliminowania niepotrzebnych tez i hipotez, które dziś już nie wytrzymują krytyki, w kierunku ograniczenia może nazbyt pochopnie wyprowadzanych wniosków, które niejednokrotnie trzeba odwoływać już po kilku miesiącach, aby zebrano w jedną całość istotnie wartościowe wyniki doświadczeń i aby ułatwiono w ten sposób zorjentowanie się w terenie, który dla wielu jest nieprzystępnym i zagadkowym. Dalsze bowiem zbyteczne analizowanie, bez wyeliminowania nieuzasadnionych praw i zapatrywań, dalsze rozdrabnianie szczegółów doświadczalnych, doprowadziłby mogło do jeszcze większego zaciemnienia sprawy i uniemożliwiłoby ostateczne rozwiązanie szeregu problemów, pierwszorzędnej wagi dla teorji i praktyki lekarskiej, z których o kilku wspomniałem tylko pobieżnie, a które w dzisiejszych warunkach, mimo naszych pogłębionych wiadomości w dziedzinie hormonów gonadotropowych i hormonów płciowych, pozostały właściwie niewyjaśnionemi.

Dr. Mieczysław KUBICZEK. Kraków.

Wyniki przeciwbólowego działania jadu kobry w świetle własnych badań.

Z Oddz. Chorób Wewnętrznych I. A. Państw. Szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Jakkolwiek z wyjątkiem Monaelesser'a i Taguet'a inni autorzy już w pierwszych doniesieniach nie przypisują jadowi kobry (Jkbr) żadnego wpływu na wzrost nowotworów, to jednak w mniejszym lub większym stopniu nie zaprzeczają działania znieczulającego. Fakt zaś stosunkowo długo utrzymującego się stanu bezbólowego, lub znacznego zmniejszania się bólów na okres czasu niekiedy aż do 10—12 dni po jednem wstrzyknięciu, uzasadnia potrzebę stosowania tego leku, choćby tylko dla celów leczenia objawowego, oraz jako środka pomocniczego, zwłaszcza w tych sprawach, i to nienowotworowych, w których ból przeważa w obrazie chorobowym. Wprawdzie wśród środków znieczulających, jakiemi rozporządza farmakopea, istnieje cały szereg leków o silnem i pewnem działaniu, jednakże w najlepszym razie to ich działanie utrzymuje się stosunkowo krótko, a wiele z tych leków prowadzi nadto do nałogu.

Wychodząc z takich założeń, z inicjatywy Prof. Bujwida zacząłem od r. 1934 przeprowadzać próby ze stosowaniem Jkbr. Mimo zachęcających wyników w leczeniu nowotworów, podanych w pierwszych doniesieniach Monaelesser'a i Taguet'a, nie przeprowadzałem na większą skalę prób u chorych dotkniętych nowotworami, bowiem próby te nie miały dostatecznego teoretycznego uzasadnienia, jaki wpływ może wywierać Jkbr na dotąd niewyjaśniony, zawiły proces istoty powstawania i wzrostu komórek nowotworowych. Kilka opisanych przypadków zmniejszania się samych guzów nowotworowych nie miało dostatecznej siły dowodowej, a działanie cytolityczne Jkbr spostrzegane *in vitro* oraz na niewielkiej ilości myszek w eksperymencie Calmette'a, Saenz'a i Costil'a nie da się w całości zastosować do patologji ludzkiej. Celem moich badań było stwierdzenie jedynie działania przeciwbólowego Jkbr, i to prawie wyłącznie w przypadkach spraw nienowotworowych. Badania przeprowadziłem u chorych Oddziału Chorób Wewnętrznych I. A., oraz u chorych kierowanych do mnie przez Prof. Artwińskiego i jego współpracowników z Oddziału VI Chorób Nerwowych i Umysłowych Państw. Szpitala Św. Łazarza. Jadu używałem dostarczonego przed 23 laty z Instytutu Pasteurowskiego w Lille, przez Calmette'a Prof. Bujwidowi. Jad przechowywany w stanie suchym przez Prof. Bujwida przez 23 lata, jak to wynika z jego badań, nieogłoszonych a podanych mi ustnie, nie stracił nic prawie w ciągu tego czasu z swej siły toksycznej. Zgadza się to z wynikami Christison'a i Wolmera, którzy przechowywali przez 15 i 16 lat wysuszony Jkbr, przyczem zauważyli jedynie nieznaczne zmniejszenie miejscowego działania jadu. Zdaniem Prof. Bujwida jad „stary" wywołuje w mniejszym stopniu objawy uczulenia, jakie mogą powstać, wskutek obecności w nim ciał natury białkowej. Jedna jednostka mysia (jm) stosowanego przeze mnie jadu, oznaczana przez Prof. Bujwida i przeze mnie, wynosiła 0.02 mg jadu. Za radą i na podstawie doświadczeń Prof. Bujwida używałem do wstrzykiwań roztworu jadu w 50% glicerynie rozcieńczonej wodą, tak sporządzonego, że w 1 cm³ 50% roztworu gliceryny rozpuszczony był 1 mg jadu, co odpowiada 50 jm. Przed każdem wstrzyknięciem, by uniknąć działania drażniącego gliceryny, rozcieńczałem glicerynowy roztwór jadu wyjałowioną wodą przekroploną. W stosowanem przeze mnie stężeniu jadu, w 0.10 cm³ roztworu glicerynowego jest 0.10 mg czyli 5 jm jadu, co przy dopełnieniu strzykawki wyjałowioną wodą przekroploną do 1 cm³, daje roztwór zupełnie niedrażniący tkanki podskórnej. Glicerynowy roztwór jadu ma tę wyższość nad roztworami w wodzie, lub roztworze fizjologicznych, że dzięki obecności gliceryny, niemającej na sam jad żadnego niszczącego wpływu, jad bardzo dobrze się przechowuje, nie tracąc na swej sile toksycznej. Prócz tego gliceryna niedopuszcza do rozwoju drobnoustrojów, które bardzo łatwo rosną w wodnych roztworach Jkbr, wiodąc do zmniejszenia jego siły toksycznej, a nadto grożąc zakażeniem w miejscu wstrzyknięcia. Danych co do działania na ustrój ludzki i zwierzęcy dużych dawek Jkbr znaleźć można w piśmiennictwie bardzo wiele. Znacznie mniej jest natomiast spostrzeżeń co do działania i objawów towarzyszących stosowaniu Jkbr u ludzi w dawkach leczniczych, a więc bardzo małych. W stosowaniu zaś Jkbr dla celów leczniczych koniecznem jest znać możliwe działania uboczne, a przedewszystkiem szkodliwe, tego w większych dawkach tak toksycznego ciała. Z danych dotychczasowych, zebranych z dostępnego mi piśmiennictwa, należy podnieść, że w miejscu wstrzyknięcia pojawia się uczucie ciężkości i niewielkiego bólu, bardzo rzadko nieznaczny obrzęk; objawy te przy wstrzykiwaniach domięśniowych są jeszcze słabsze. Wyjątkowo zdarzają się krwawienia z nosa, a czasem ustępowanie współistniejących krwawień macicznych u kobiet chorych na raka macicy. Wzmożenie skurczów mięśni prążkowanych zdarza się u parkinsoników. Niekiedy powstają biegunki, spowodowane skurczami mięśni gładkich jelita. Z innych objawów wymieniam: spadek ciśnienia krwi znacznie wyraźniejszy u osobników z nadciśnieniem, wywołany prawdopodobnie przez bezpośredni wpływ Jkbr na elementy mięśniowe naczyń obwodowych, co zgadza się również z wynikami doświadczeń na królikach (Kuczarow); zwężenie źrenic występujące w 10 minut po wstrzyknięciu a utrzymujące się przez ½ godziny; wzmożenie ciśnienia w tętniczkach siatkówki, wyraźniejsze u osobników chorych; początkowo skurcz tętniczek dna oka z następowym okresem rozszerzenia (Koressios, Tillé); obniżenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego u osób ze zmianami opon; przy dużej osobniczej wrażliwości na jad, niekiedy bóle głowy ustępujące po następnych wstrzyknięciach, nudności i wymioty. Celem uzupełnienia spostrzeżeń obcych badałem u wszystkich moich chorych przed i w czasie stosowania Jkbr tętno i mocz co do składników prawidłowych i patologicznych, pozatem w części przypadków badałem ciśnienie krwi, krew obwodową co do zawartości hemoglobiny, ciałek czerwonych, ciałek białych, obraz i stosunek odsetkowy ciałek białych, odporność krwinek czerwonych na roztwory hipotoniczne soli kuchennej i na saponiny, krew co do zawartości cholesterolu, bilirubiny, cukru, azotu pozabiałkowego, chlorków, wapnia i potasu. U wszystkich badanych chorych przy użyciu stosowanych przeze mnie dawek leczniczych stwierdziłem jedynie obniżanie się ciśnienia krwi o 15—20 mm Hg, występujące w ½ godziny po wstrzyknięciu, a utrzymujące się

do 24 godzin. Należy podkreślić, że to obniżanie się ciśnienia występowało na samym początku leczenia, a więc przy stosowaniu dawek mniejszych, po następnych zaś większych dawkach już nie mogłem stwierdzić uchwytnych zmian, co można tłumaczyć jedynie uodpornieniem ustroju. We krwi obwodowej na 2 dzień po wstrzyknięciu można było zauważyć jedynie nieznaczne wzmożenie ilości ciałek białych z towarzyszącą neutrocytozą i eozynofilją miernego stopnia, która ustępowała na 3 dzień po wstrzyknięciu, a znów w podobnym stopniu powtarzała się po następnych wstrzyknięciach. W jednym przypadku niedokrwistości złośliwej z następowem zwyrodnieniem pęczkowatem rdzenia, podawałem Jkbr jedynie dla stwierdzenia wpływu na czynność krwiotwórczą i zaburzenia powstałe w następstwie zmian rdzeniowych. Również i w tym przypadku mimo osiągnięcia dawki 20 jm i kilkakrotnego jej powtarzania w odstępach 5—7-dniowych, nie można było dostrzec poza wyżej opisanemi, żadnych nowych zmian we krwi ani w stanie układu nerwowego. Jkbr stosowałem dotąd w 23 przypadkach, mianowicie: w 19 przypadkach nerwobólu nerwu trójdzielnego, w 1 przypadku uporczywych bólów głowy o charakterze migreny, w 1 przypadku bólów w okolicy czołowej, utrzymujących się mimo wyleczenia zmian kiłowych w kości czołowej, w jednym przypadku mięsaka szczęki górnej, w 1 przypadku samoistnej rwy kulszowej. Próby działania przeciwbólowego Jkbr przeprowadzałem dlatego w większości przypadków w nerwobólach nerwu trójdzielnego, ponieważ w powyższej sprawie uporczywe napady bólów są najważniejszym i najprzykrzejszym objawem chorobowym, a występując z nawrotami po okresach często długich przerw, są niekiedy bardzo oporne na różne sposoby leczenia, czasem skutecznego w poprzednich okresach. Z chwilą rozpoczęcia, oraz w czasie trwania leczenia Jkbr, nie podawałem żadnych innych środków, by uzyskiwane wyniki móc przypisać jedynie wpływowi Jkbr. Jkbr wstrzykiwałem pod skórę ramienia w ilości 2.5 jm na pierwszą dawkę. Dawkowanie Jkbr w jednostkach mysich a więc biologicznych, ma tę wyższość nad dawkowaniem w jednostkach wagowych, ponieważ nie każdy jad tego samego węża ma tę samą siłę toksyczną. Drugi raz wstrzykiwałem jad najwcześniej po 3 dniach, podając 5 jm, następne zaś dawki 10 jm, 15 jm, 20 jm, oraz okresy między poszczególnemi wstrzykiwaniami zwiększałem zależnie od stanu dolegliwości. Dążeniem mojem było uzyskanie wyniku przeciwbólowego przy stosowaniu jaknajmniejszych dawek, powtarzanych w miarę potrzeby w odstępach coraz dłuższych. Jeżeli np. po 10 jm chory odczuwał znaczną ulgę, to następnej dawki nie powiększałem, a między poszczególnemi wstrzykiwaniami robiłem coraz dłuższe odstępy, każąc zgłaszać się do wstrzyknięcia dopiero w razie zwiększania się dolegliwości, nieczęściej jednak niż po przerwie conajmniej 3 dni od ostatniego wstrzyknięcia. Trzymając się tej zasady, zdołałem u niektórych chorych, nie przekraczając dawki jednorazowej 20 jm, uzyskać stan bez dolegliwości nawet przez 30—53 dni. W innych znów przypadkach uzyskiwałem ten sam wynik, wstrzykując jad np. co 8—14 dni. Podawanie Jkbr w dawkach i odstępach wzrastających ma tę zaletę, że w miarę wstrzykiwań ustrój uodparnia się przeciw właściwościom toksycznym jadu, przyczem odnosi się wrażenie, że to uodpornienie nie dotyczy jednak w tym samym stopniu działania przeciwbólowego. U chorych z nawrotami nerwobólu, o ile od czasu ostatniego wstrzyknięcia upłynęło więcej niż 2 miesiące, zaczynałem leczenie znów od dawki małej. Wstrzykiwanie bowiem na początek dawki większej mogłoby wywołać objawy toksyczne, zwłaszcza że, jak dowiodły badania na królikach (C a l m e t t e), czas trwania odporności przeciwjadowej nabytej waha się zależnie od wielkości ostatniej dawki od 2—8 miesięcy, przedłużając się, im ta dawka była większą.

Wszystkie od roku obserwowane co do działania przeciwbólowego Jkbr przypadki dadzą się podzielić na trzy grupy, wedle stopnia tego działania.

Do pierwszej grupy zaliczam te przypadki, w których w następstwie wstrzykiwań Jkbr uzyskałem początkowo znaczną poprawę, a w dalszym ciągu leczenia zupełne ustąpienie bólów, oraz te, w których jakkolwiek pojawiały się nawroty, to jednak po powtórnem stosowaniu Jkbr bóle również ustępowały, przyczem do opanowania dolegliwości wystarczała znacznie mniejsza ilość wstrzyknięć, niż w poprzednim okresie.

Pierwszą grupę stanowi 16 przypadków samoistnego nerwobólu nerwu trójdzielnego i 1 przypadek rwy kulszowej samoistnej. Na 17 chorych grupy I, leczyłem 4 kobiety, z których najmłodsza liczyła 39, najstarsza 73 lat, i 13 mężczyzn, z których najmłodszy ma 22, najstarszy 76 lat. Czas trwania dolegliwości wynosił od kilku miesięcy do 12 lat, w części przypadków bez okresu zwolnienia, w części ze zwolnieniami od kilku dni do kilku miesięcy. We wszystkich przypadkach stosowano dawniej leczenie farmakologiczne, w 4 wstrzykiwania alkoholu i naświetlania rentgenowskie, jednak bez osiągnięcia dłużej trwających wyników. Wstrzykując Jkbr, wyraźną poprawę uzyskałem po dawce od 2.5—15 jm, zupełny brak dolegliwości po dawce 2.5—20 jm. W 6 przypadkach wystąpił nawrót w 2—9 miesięcy po ostatniem wstrzyknięciu, lecz po 2.5—10 jm bóle zmniejszyły się znacznie, a po 10—15 jm ustąpiły zupełnie. Liczba wstrzykiwań, wahała się u poszczególnych chorych od 2—19, łącznie z wstrzykiwaniami stosowanemi w okresie nawrotów. Wstrzykiwania robiłem w odstępach od 3—53 dni.

Do drugiej grupy zaliczam mężczyznę l. 38, cierpiącego od 10 lat na niezbyt silne, a od roku na codzienne, parę godzin trwające, bardzo uporczywe bóle głowy, którym towarzyszą nudności, oraz migotania przed oczami, nieustępujące mimo leczenia farmakologiczno-dietetycznego. Zastrzyki Jkbr wykonywano co 3—8 dni, dopiero po 4 dawce (15 jm), mimo dojścia do dawki 20 jm i czterokrotnego jej powtórzenia, zmniejszyło się tylko nasilenie bólów i czas ich trwania, nie doszło jednak do ustąpienia bólów, choćby tylko na okres paru dni.

Grupę trzecią stanowią przypadki, w których po wstrzykiwaniach Jkbr nie mogłem stwierdzić ustępowania, lub zmniejszania się bólów. U mężczyzny 63 l., cierpiącego od 5 lat, z okresami kilkumiesięcznych zwolnień, na nerwoból nerwu trójdzielnego, przy ujemnym wyniku leczenia farmakologicznego, łącznie z wstrzykiwaniami alkoholu, oraz naświetlaniami rentgenologicznemi, 14 wstrzykiwań Jkbr, przy najwyższej dawce 20 jm, powtarzanej kilkakrotnie, pozostało bez wpływu na częstość i siłę napadów bólu. Kobieta 43 l., z nawrotami nerwobólu nerwu trójdzielnego, powtarzającemi się od 7 lat, leczona również bezskutecznie farmakologicznie, oraz wstrzykiwaniami alkoholu, nie odczuwała również żadnej ulgi po Jkbr, a nawet po 7 wstrzyknięciu w dawce 15 jm miała przez parę godzin lekkie objawy zatrucia w postaci osłabienia, nudności i uporczywych wymiotów. W 3 przypadku od 14 lat utrzymującego się nerwobólu nerwu trójdzielnego, dotyczącego 64 l. kobiety z współistniejącem nadciśnieniem tętniczem i zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie wyrównania, w 6 godzin po 1 wstrzyknięciu 2.5 jm wystąpiła pokrzywka na twarzy i szyi, oraz znaczny obrzęk tych okolic utrzymujący się przez 8 dni, któremu towarzyszyło zaostrzenie nerwobólu. Podobnie też u 54 l. kobiety z silnemi, codziennemi, parę godzin trwającemi bólami głowy, utrzymującemi się mimo wyleczenia zmian kiłowych kości czołowej, Jkbr był środkiem bezskutecznym, wywołując już po 2 wstrzyknięciu 5 jm uczucie znacznego osłabienia, nudności i wymioty, które powtarzały się po dalszych 2 wstrzyknięciach tej samej dawki, dokonanych w odstępach 4 i 8 dni. W ostatnich 3 przypadkach ze względu na objawy towarzyszące wstrzykiwaniom Jkbr, musiałem zaprzestać podawania większych dawek. U 60 l. chorej z mięsakiem wychodzącym ze szczęki górnej, z następowemi bardzo silnemi bólami głowy i karku, w których wstrzykiwania morfiny przynosiły nieznaczną i krótkotrwałą ulgę, Jkbr w dawce 20 jm, kilkakrotnie powtarzanej w odstępach 3—7-dniowych był bez najmniejszego wpływu.

Z wyjątkiem trzech przypadków z grupy III, w których już po 2.5—15 jm występowały objawy uczulenia w postaci pokrzywki i obrzęku twarzy oraz osłabienie, nudności i wymioty, jako objawy początków zatrucia, we wszystkich innych przypadkach zarówno z grupy I, jak i II, prócz nieznacznej bolesności w miejscu wstrzyknięcia, trwającej przeciętnie około 24 godzin, a występującej wyraźniej tylko po pierwszych wstrzyknięciach i prócz miernego stopnia zaostrzenia bólów, spostrzeganych w części przypadków również tylko po pierwszych wstrzyknięciach, nie stwierdziłem żadnych innych objawów ubocznych.

Dotychczasowe wyniki nie pozwalają na całkowite wytłumaczenie mechanizmu działania przeciwbólowego małych dawek Jkbr. Najprostszem wytłumaczeniem byłoby przyjęcie wpływu neurotoksyn jadu na układ nerwowy. C a l m e t t e przypuszcza, że neurotoksyny Jkbr przez duże powinowactwo do lecytyn komórki nerwowej, tworzą z niemi jakiś związek chemiczny, czego następstwem ma być zmniejszenie wrażliwości na ból. O ile tłumaczenie to mogłoby dotyczyć działania dużych, toksycznych dawek Jkbr, to co do dawek znacznie mniejszych, leczniczych, jest niewystarczające. Nie wyjaśnia bowiem, dlaczego Jkbr nie działa znieczulająco we wszystkich przypadkach, zawodząc zwłaszcza zupełnie w przypadkach z uciskiem, wywoływanym np. naciekami zapalnemi lub nowotworowemi na zakończenia lub pnie nerwowe, nie wyjaśnia też często pojawiającego się zaostrzenia bólów, zwłaszcza po najmniejszych dawkach Jkbr, w okresie poprzedzającym działanie przeciwbólowe. Według L a i g n e l-L a v a s t i n e'a i K o r e s s i o s'a działanie przeciwbólowe Jkbr ma być spowodowane tem, że jad działa rozszerzająco na obwodowe naczynia krwionośne, co dałoby się pogodzić z zapatrywaniem P a g n i e z'a, zaliczającego Jkbr do środków o mechanizmie działania podobnym do proteinoterapji.

Chociaż dotychczasowe wyniki otrzymane na niewielkim materjale 23 przypadków i w okresie czasu niezbyt długim, bo wynoszącym w części przypadków rok, w innych zaś kilka miesięcy, nie uprawniają do ostatecznej oceny leczniczego i przeciwbólowego działania Jkbr, to jednak na ich podstawie da się wyciągnąć kilka wniosków. Celem uniknięcia toksycznego działania jadu, jako pierwszą dawkę należy wstrzykiwać najwyżej 2.5 jm, następne zaś dawki i odstępy między poszczególnemi wstrzykiwaniami powiększać lub utrzymywać na tej samej wysokości, zależnie od wyniku leczenia, indywidualnie w każdym przypadku, przyczem między poszczególnemi wstrzykiwaniami powinna być przerwa przynajmniej 3 dni, a jednorazowej dawki 20 jm, uważanej jako dawkę najwcześniej piątą nie należy przekraczać. Przypadki, w których po dojściu do dawki 20 jm i kilkakrotnem jej powtórzeniu niema poprawy, uważać można za oporne na lecznicze stosowanie Jkbr. Jkbr zawodzi zupełnie w przypadkach bólów wywołanych uciskiem na zakończenia lub pnie nerwowe, z powodzeniem zaś może być używany do leczenia bólów innego pochodzenia, takich, jak nerwobóle nerwu trójdzielnego, rwa kulszowa. Jeśli przyjąć, że leczenie Jkbr w tych przypadkach jest leczeniem bodźcowem, to będzie można próbować podawać Jkbr również i w innych przypadkach, to jest w takich, w których wskazane jest — poza leczeniem przeciwbólowem, a więc objawowem, stosowanie leczenia bodźcowego. W przypadkach, w których po pierwszej najmniejszej dawce występują objawy uczulenia w postaci obrzęków, pokrzywek i świądu, albo w których już w czasie następnych wstrzykiwań pojawiają się nudności, wymioty, ogólne osłabienie, jako początkowe objawy zatrucia, należy zrezygnować ze stosowania Jkbr. Jkbr przeciwwskazany jest również u ciężko chorych z niewyrównanemi zaburzeniami krążenia, z wyniszczającemi chorobami narządu oddechowego, oraz z ostremi zapalnemi zmianami w nerkach, jak również u chorych charłaczych, a więc w okresie daleko posuniętych spraw nowotworowych.

Piśmiennictwo:

M. Kubiczek: Pol. Gaz. Lek. Nr. 51. 1935.

Artur ERB. Lwów.

Przypadek rzekomej stygmatyzacji.

Z Oddziału Chorób Nerwowych i Umysłowych Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Domaszewicz.

Przejawy religijności w stanach psychotycznych stanowią rozległą dziedzinę psychopatologji.

Znane są osobliwe postacie religijności u psychopatów i neurotyków, w szczególności powikłane ceremonjały pseudoreligijne w nerwicy przymusowej. Należą tu również różne przeżycia ekstatyczne u padaczkowych i prymitywno-mityczne rysy w psychozie rozszczepiennej.

Z fenomenów religijnych, występujących w histerji, szczególnie charakterystyczne są przypadki t. zw. stygmatyzacji, pojawiające się na tle utożsamiania się chorych z osobą Chrystusa. Stygmaty samorzutne występują bardzo rzadko, przeważnie są to sztucznie wytworzone rany, które mimo pozorów nie mają nic wspólnego z symulacją.

Podajemy poniżej historję choroby stygmatyczki z Młynów, u której splatają się objawy „prawdziwe" z symulowanemi w nierozerwalną całość.

W. A., lat 24, gr. kat., niezamężna, służąca z Młynów (p. Jaworów). Wywiady od chorej: W bliższej i dalszej rodzinie chorób umysłowych nie było. Ojciec był wartownikiem przy cerkwi, szczupły, niskiego wzrostu, dziećmi mało się interesował, lubiał pić wódkę, przeważnie dobry, łagodny, rzadko się gniewał; zmarł przed 11 laty spowodu jakiejś nieznanej, 7 dni trwającej choroby. Matka żyje zdrowa, wysoka, chuda, zawsze poważna, smutna, małomówna, często płacze. Z dziećmi mało rozmawiała, już prędzej z sąsiadkami. Bardzo pracowita, więcej pracowała, niż ojciec, który wogóle nie zajmował się gospodarstwem (wiejskiem). Matka często krzyczała na nią z błahych powodów, wtedy ona matce nic nie odpowiadała, tylko wychodziła z mieszkania i płakała. Miała 5 sióstr; wszystkie zdrowe, powychodziły zamąż z wyjątkiem jednej, najmłodszej, która jest jeszcze w domu. Chodziła do szkoły zaledwie dwa lub trzy lata, nie miała wielkiej ochoty do nauki, później jednak wstydziła się tego, że nie umie pisać i nauczyła się u ludzi znajomych jakotako pisać. Nie miała nigdy żadnych koleżanek ani znajomych, przeważnie była sama, gdy przyszedł ktoś do niej, nie uciekała wprawdzie, ale sama nigdy znajomości nie szukała; nie lubiła żadnych zabaw, ani muzyki; nic jej nie bawiło. Raz była na jakiemś przedstawieniu i nie mogła doczekać się końca, prosiła bardzo koleżankę, aby ją już zabrała do domu.

W domu zajmowała się wypasaniem jedynej krowy i pracą na roli. W 20 roku życia opuściła dom i poszła na służbę, tem bardziej, że ciągle kłóciła się z matką. Czuła się zdrowa i silna, była pewna, że będzie mogła zarobić. Naprzód służyła u jakiegoś księdza. Była tam rok; raz gdy księdzowa wyjechała, nie chciała zostać z księdzem i odeszła do domu, a gdy księdzowa przyjechała, ponownie wróciła do służby. Po roku odeszła stamtąd, ponieważ ksiądz wydalił ją za to, iż razem z księdzową śledziła księdza, gdy szedł do jakiejś dziewczyny we wsi. Później poszła na służbę do gospodarza, u którego jest do dnia dzisiejszego. Ze swego obecnego chlebodawcy jest bardzo zadowolona. Gospodarz i gospodyni są dla niej bardzo dobrzy. Nie ma obecnie żadnych zmartwień, chyba że niekiedy przychodzi jakiś smutny list od matki.



Od 5 miesięcy miewa napady, które ona nazywa „mękami". Pierwszy raz zdarzyło jej się to w dzień Bożego Ciała. Dzień przedtem słyszała głos, który, wedle niej, pochodził od Matki Boskiej. Było to w południe; szła drogą wiejską i modliła się. Nagle usłyszała wyraźnie głos, który mówił: „Przyjmiesz w krótkim czasie Rany Pana Jezusa". Nie zlękła się wcale, stanęła spokojnie i słuchała. (Chora, opowiadając to, nie patrzy na lekarza, lecz pilnie ze sztucznie udanem skupieniem przegląda jakąś książkę z rycinami). Podaje w dalszym ciągu, że przedtem również kilka razy do roku słyszała głos Matki Boskiej, wiedziała z pewnością, że to jest głos Matki Boskiej, ponieważ, jak mówi, poznawała ją po głosie, tem bardziej, że już nieraz przedtem w modlitwach prosiła Ją o objawienie się. Po raz pierwszy usłyszała ów głos, gdy miała lat 11; było to przy kapliczce, niedaleko której wypasała bydło. Głos, który wtedy słyszała, wychodził jakby z kaplicy. Głos mówił: „Przyjdź jutro rano i módl się". Gdy przyszła na drugi dzień, głos powiedział: „Po długim czasie przyjmiesz Rany Pana Jezusa". Wiedziała wtedy, że to mówi Matka Boska, bo głos wychodził jakgdyby z kaplicy. Ani wtenczas, ani przez długi czas później nikomu o tem nie mówiła. Kilka razy miała również widzenia, i to tylko w kościele po przyjęciu Komunji Świętej. Widziała wtedy blisko przed sobą, mniejwięcej w odległości pół metra, gwiazdę wielkości dłoni, jasną, srebrzystą, która natychmiast się rozsypywała. Trwało to zawsze kilka sekund. Teraz wie, że to jest dar od Pana Boga, ale kiedyś dawniej nie wiedziała, co to znaczy.

W dzień Bożego Ciała chora nagle uczuła pieczenie po lewej stronie klatki piersiowej. Po chwili zauważyła, że z rany, której tam przedtem nie było, sączyła się krew. Zrozumiała natychmiast, że to są Rany Chrystusa. Nie mówiła o tem nikomu, mimo że w izbie było około 8 osób obecnych. W dzień Wniebowzięcia Matki Boskiej chora była wieczorem u sąsiadki; nagle stała się senna i położyła się na łóżku, poczem natychmiast zasnęła. Co się z nią działo później nie wie, ale po obudzeniu się zauważyła rany krwawiące na dłoniach. W tym samym tygodniu wystąpiły rany krwawe na stopach. Sen, który wtedy wy-

stąpił, trwał od godziny 7 wieczorem do 12 w nocy. Od tego czasu napady powtarzały się codziennie przez cały miesiąc. Później stały się rzadsze, obecnie zaś występują raz na tydzień.

Podczas napadu czuje ból w całem ciele, (jest to w sprzeczności z tem, co mówiła przed chwilą, że nie pamięta, co się z nią dzieje podczas napadu). Szczególnie odczuwała silny ból, gdy ktoś się jej wtedy dotykał. Po przebudzeniu się miała poczucie, że te „męki", to specjalna łaska od Boga. Modliła się niejednokrotnie, aby Pan Bóg ją specjalnie wyróżnił.

Nigdy poważnie nie chorowała. Pierwsza miesiączka w 14 albo 15 roku życia, następne regularne, bardzo bolesne.

Stan psychiczny: Zachowanie się chorej uporządkowane. W dniu przyjęcia, cicha, pokorna, grzeczna; od czasu do czasu popłakuje, tłumacząc, że jej smutno tu w szpitalu, daleko od



swoich. Sama rzadko się odzywa. W następnych dniach nieco śmielszą, więcej mówi samorzutnie. Podczas mówienia spuszcza oczy wstydliwie, czerwieniąc się często. Odnosi się wrażenie, że objawy skromności i zawstydzenia są nieco przesadzone. Gdy mówi o swych objawieniach i posłannictwie, staje się poważnia i mówi z lekkim tonem wyższości. Barwa głosu nieco monotonna. Podaje, że w domu była przeważnie wesoła, prawie nigdy nie wpadała w złość, wolała już prędzej ustąpić komuś z drogi lub się zaśmiać, wie bowiem, że złość nigdy nie prowadzi do dobrego. Jest bardzo pobożna, od 15 roku życia modli się ciągle; chodzi często do spowiedzi. Jako dowód swej skromności i braku zainteresowania dla spraw ziemskich, podaje, że mniejwięcej od 5 lat nigdy nie zaglądała do lustra, zawsze czesze się „napamięć" i nie jest wcale ciekawa wiedzieć, jak wygląda. („Więc nie wie pani nawet, jaki ma kolor oczu?"): Chora śmieje się głośno kokieteryjnie, czerwieni się, zakrywa twarz rękami i mówi, że podobno ma siwe oczy.

W dalszym ciągu rozmowy podaje, że w tym roku po żniwach (przed chorobą obecną) starał się o jej rękę jakiś wdowiec, i gospodarz chciał jej go wyswatać, ale ona wtedy odpowiedziała, że wolałaby służyć zadarmo, niż wyjść zamąż. Do małżeństwa czuje wstręt od wczesnej młodości, przyczem tłumaczy to złem pożyciem małżeńskiem rodziców. Szczególnie odstraszająco działa na nią to, że ojciec był pijakiem oraz, że matka miała aż jedenaścioro dzieci. Wobec mężczyzn jest obojętna i żadnych pokus nigdy nie czuła. Również odczuwa jakiś wstręt, czy właściwie niechęć do małych dzieci. Za nic w świecie nie wzięłaby małego dziecka na ręce. Gdyby się jednak przezwyciężyła i uczyniła to, to przypuszcza, że nie mogłaby już nic jeść tego dnia.

Jest czysta, schludna, zawsze zaczesana, łóżko koło niej posłane, rzeczy swoje utrzymuje w porządku. Pod nieobecność lekarzy przeważnie siedzi i czyta, zerkając ukradkiem spod oka na salę. W biegu myśli żadnych formalnych zmian się nie stwierdza. Inteligencja odpowiada stopniowi wykształcenia.

Somatycznie bez zmian wyraźniejszych. Pobudliwość naczynio-ruchowa: po potarciu skóry pręga blada utrzymuje się 3 sekundy, pręga czerwona występuje w 5 sekundzie i trwa 5 minut. Brak odruchu gardłowego i spojówkowego.

Zmiany na skórze: (Dr. Goldschlag): Na grzbiecie obu rąk i nóg znajdujemy po jednym guzku wielkości fasoli, półkolisto wyniosłym, przedstawiającym się jako naciek zapalny, żywo-czerwony, siedzący w skórze i nieprzesuwalny. Powierzchnia chropowata, odpowiadająca zeschłym strupkom, miejscami sącząca; na grzbiecie lewej nogi przy ucisku wydobywa się treść ropna. Poniżej lewego gruczołu piersiowego, od linji sutkowej ku linji środkowej ciągnie się żywo-czerwona, nieco wyniosła świeża blizna, długości około 3 cm, szerokości $^{1}/_{2}$ cm, pokryta na szczycie świeżym strupkiem.

Ocena dermatologa: Zmiany na kończynach odpowiadają niewątpliwym zmianom sztucznym, powstałym przez częste, brutalne drażnienie skóry, dołącza się do tego wtórne zakażenie. Zmiana na klatce piersiowej: przerosła blizna, powstała po zranieniu ostrem narzędziem. Blizna jest dalej drażniona mechanicznie, za czem przemawia obecność świeżego strupka.

25. X. Chora jest nieco żywsza, weselsza, często śmieje się głośno, kryjąc twarz w dłoniach. Podaje, że na kilka dni przed dniem Bożego Ciała, miała jakąś sprzeczkę z synem gospodarza, który podczas kłótni chciał ją uderzyć. Tej samej nocy „odebrało" jej mowę. Przez cały dzień nie mogła ani słowa wymówić; dopiero o godzinie 5 następnego dnia wezwany lekarz powiedział jej, że jest w ciąży, co ją tak zdenerwowało, że zaczęła płakać i przemówiła.

28. X. Żali się, że ciągle inni ludzie oglądają ją i śmieją się z niej, a ona nie jest przecież winna niczemu, nie prosiła się tu, przecież ją tu przymusem sprowadzono. Prosi, aby ją jaknajprędzej wypisać ze szpitala, nudzi jej się tu bardzo, siedzi przez cały dzień bezczynnie, a przecież od dzieciństwa jest przyzwyczajona do ciężkiej pracy. Wydaje się być lekko przygnębiona.

30. X. U chorej wystąpił napad o godzinie 13,30 i trwał do godziny 14. Jak podaje służba, chora nagle podczas obiadu powiedziała, że nie będzie więcej jadła: zapytana dlaczego, nic nie odpowiedziała, położyła się na łóżku, odkryła stopy, na których były widoczne podminowane strupy, spod których wydobywała się krew. Oczy miała zamknięte, ręce trzymała naprzód na brzuchu, później rozłożyła je w bok, w ten sposób, że oba ramiona tworzyły jedną linję, zaś przedramiona zgięte pod kątem prostym do ramion. Wypowiedziała (przed nadejściem lekarza) następujące zdania: „O matko moja, ja tobie wszystko wierzę"..., „Mnie tu nikt nie chce wierzyć, że ja mam te rany od Chrystusa", ...„Kiedyż mnie Ty Matko pozwolisz oczy otworzyć, abym ja pomodliła się za swój naród". Po nadejściu lekarza chora przestała mówić, również na pytania nie odpowiadała, poleceń nie spełniała, przy silniejszych bodźcach czuciowych (kłucie szpilką) nieznaczne ruchy obronne. Od czasu do czasu chora na kilka sekund pręży się cała, przyczem w kończynach górnych i dolnych występuje kilka klonizmów.



1. XI. Próba hipnozy. Otrzymano stan senności z utrudnieniem podnoszenia powiek i ciężkością we wszystkich kończynach; hipermnezji jednak nie otrzymano.

6. XI. Napad podobny do poprzedniego. Ponieważ chorej zagipsowano stopy, krwawe rany wystąpiły jedynie na dłoniach.

12. XI. Chora opuszcza Oddział.

Zebranie: W wywiadach stwierdzamy 3 grupy faktów.

1. Prawdziwe lub rzekome omamy słuchowe i wzrokowe.
2. Przebyta reakcja histeryczna pod postacią utraty mowy, która minęła po urazie psychicznym.

3. Trzecią grupę stanowią obecne napady spoczątku drgawkowe, ostatnio bez drgawek, połączone z samorzutnem wypowiadaniem zdań o treści religijnej i wystąpieniem arteficjalnych stygmatów.

Psychiczne badanie na Oddziale daje wynik właściwie ujemny. Również nie stwierdza się cech osobowości psychopatycznej, w szczególności niema wyraźniejszych cech konstytucji histerycznej: chwiejność nastroju utrzymuje się w granicach fizjologicznych, niema większej suggestywności, a teatralność, jeśli jest, to raczej z wielkim umiarem dawkowana. Histeryczną jest jedynie chęć zaimponowania otoczeniu, dążność odegrania wybitniejszej roli, zwrócenia uwagi na siebie.

Najbliższem rozpoznaniem jest reakcja histeryczna, u osoby z bardzo słabo zaznaczonemi cechami konstytucji histerycznej. Przemawiają za tem, już raz przebyta reakcja histeryczna, obecne napady drgawkowe wraz ze sztucznemi stygmatami oraz prawdopodobna *pseudologia phantastica*, za jaką możnaby uważać opowiadania o głosach i widzeniach. Lęk przed małżeństwem, niechęć do małych dzieci oraz wzmożona religijność wskazują na rozwój neurotyczny, z wczesną fiksacją popędu płciowego i obecnie zaktualizowaną reakcją z przyczyn bliżej nieznanych.

Na drugim planie możnaby myśleć o rozwoju lub o reakcji obłędnej, która rzadko się pojawia jednak w tej postaci. Przeciw psychozie rozszczepiennej przemawia brak odpowiednich zmian afektu i psychomotoryki. Symulacji właściwie nie można wykluczyć, przeciw niej przemawia brak celu materjalnego oraz fakt, że w histerji tak często przeplatają się objawy prawdziwe z symulowanemi.

Chora ma szereg cech wspólnych z grupą objawów nieraz opisywanych, które występowały u t. zw. stygmatyczek. Vincenzo Bianchi (oraz inni autorowie m. i. Jacobi) podaje następujący zespół objawowy charakterystyczny dla stygmatyczek:

1. Kilka lat przed reakcją właściwą, chorobliwa zmiana osobowości.
2. Po kilku latach rozwija się histerja lub charakter obłędny.
3. Objawienie się różnych świętych.
4. Napady hiposomnabuliczne, podczas których występują stygmaty, sztuczne lub prawdziwe (o wiele rzadsze) w pewne określone, dnie świąteczne, zgóry zapowiedziane.
5. Dodatki symulacyjne.

Wytłumaczenie objawów u naszej chorej na gruncie psychoanalizy natrafia na trudności przedewszystkiem ze względu na bardzo krótki czas obserwacji oraz niski stopień wykształcenia chorej, a głównie z tego powodu, że symbolika objawów obrała sobie w tym wypadku sferę religijną, a więc dziedzinę bardzo drażliwą do analizy.

Wogóle autorowie (m. i. jeszcze Krafft-Ebing) łączą te objawy z współczynnikiem mazochistycznym. Inni zwracają w tych wypadkach uwagę na fakt, że objawy te mogą wyrażać symbolicznie samoukaranie się za zbyt silne popędy płciowe. Wedle Adlera i jego szkoły, dążność do znoszenia cierpień, samookaleczeń i t. p. jest zbudowana na jakiejś mniejszej wartości duchowej lub fizycznej i może być środkiem do wywyższenia się nad otoczenie.

A. KUHN. Lwów.

Brak łaknienia u dzieci (Anorexia infantum).

„Dziecko nie chce jeść“ — taką skargę słyszy się od kilkunastu lat coraz częściej. Przed laty 60-u, gdy byłem dzieckiem, a także przed 40 laty z okładem, gdy byłem młodym lekarzem, takich skarg nie było. Dziecko biegało niezmordowanie, „urwisowało“, a potem jadło bez zapraszania, jadło, cokolwiek mu dano i raczej trzeba było je hamować, aby nie zjadło za wiele.

Dzisiaj takie dziecko należy do wyjątków. Przeważnie dzieci z t. zw. inteligencji nie mają apetytu, trzeba je zapraszać do jedzenia, przekonywać, dawać im to, co lubią, a i tak grymaszą. Jest to choroba *sui generis*. Przytoczę charakterystyczne przykłady. Pewne dziecko wstaje na półtorej godziny przed rozpoczęciem nauki szkolnej, aby połowę tego czasu poświęcić pierwszemu śniadaniu, którego spożywanie idzie bardzo powoli, a niekiedy jest przerywane wymiotami. Inne dziecko, po spożyciu obiadu, w tempie niepospolicie powolnem, wstaje z radosnym okrzykiem: „już zjadłam!“, jakby po dokonaniu jakiejś ciężkiej i nader przykrej roboty. Szczególne jest, że trafia się to dzieciom ruchliwym i szybko rosnącym. Oczywiście są blade i wątłe.

Uważam te objawy za bardzo groźne dla dotkniętych niemi osób i wobec znacznego rozszerzenia choroby, za groźne dla społeczeństwa i narodu. Przecie dziecko, wiele się ruszając i rosnąc, z jednej strony zużywa wiele energii i „substancji“ swojego ciała, a z drugiej strony potrzebuje na wzrost dużej ilości pokarmu, stosunkowo większej, aniżeli człowiek dorosły. Jeżeli powstaje niedobór pożywienia u dziecka, to musi się to odbić na rozwoju jego organizmu i na jakości wytwarzanych tkanek, a, co za tem idzie, osobnik taki musi stać się mało odpornym na wszelakie szkodliwości i mało zdatnym do porządnej pracy. Nie ulega wątpliwości, że jest obowiązkiem społeczeństwa przeciwdziałać wyrastaniu takich osobników, a przedewszystkiem obowiązkiem lekarzy zapobiegać wymienionym objawom i zaradzić złu, zanim nas nie wygubi gruźlica.

Chcąc zło zwalczać, trzeba poznać jego przyczyny. I tu natrafiam na wielkie trudności. Jestem zdania, że często za brakiem łaknienia dzieci kryje się jakaś organiczna wada ustroju, niby jakieś konstytucjonalne jego wyczerpanie. Bliższe badania mogłyby sprawę wyjaśnić. Godna przedewszystkiem stwierdzenia jest kwestja, czy np. w Niemczech lub innych krajach spotyka się podobne stosunki, jak u nas. Duży wpływ przypisują wychowaniu t. j. przedewszystkiem sposobowi karmienia: jakości podawanych pokarmów, terminom posiłków i t. p. Także nerwowość dzisiejszego naszego bytowania, w której biorą udział i dzieci, nie pozostaje bez wpływu ujemnego na wegetatywną stronę życia dziecka.

Daleki mi jest zamiar kreślenia jakichś programów działania w sprawie poruszonej, a celem moim jest tylko zwrócenie uwagi na groźny objaw braku łaknienia u dzieci i wywołanie dyskusji oraz poszukiwania środków zaradczych. Toteż rzucę tylko kilka myśli, które poddaję rozwadze Kolegów.

Dziecko należy hartować fizycznie. Pod tym względem robi się obecnie wiele, byleby tylko praktyka była w zgodzie z teorją, wykonanie w zgodzie z planem. Ćwiczenia fizyczne trzeba prowadzić z właściwym umiarem, a wyczerpujących pochodów i wystawania w szeregach zupełnie zaniechać. Z powyższemi zastrzeżeniami ruch na powietrzu jest żywiołem dziecka; nie dajmy mu ślęczeć nad książką. Przepełnione izby szkolne, zadymione i zakurzone ulice, duszne mieszkania są zabójcze dla dziecka. Często będziemy musieli z obowiązku wychowawców działać wbrew upodobaniu dziecka; do tego zakresu należy np. odmawianie mu łakoci, chyba że przedtem dobrze się nasyciło pokarmami prostemi a pożywnemi. Posiłki muszą być podawane regularnie i dlatego zajęcia dziecka, czyto w szkole, czy w domu, muszą być ściśle unormowane.

Ale niemniej ważne jest zwracanie uwagi na *psyche* dziecka. Powinno ono żyć w spokoju, chronione od wpływów denerwujących. Wszelkie popisy, zawody, prowadzenie na przedstawienia teatralne, na widowiska kinowe, do fabryk o ruchu oszałamiającym, wytrącają dziecko z normalnego toku rozwoju, pobudzają zbytnio ambicję czy wyobraźnię ze szkodą dla funkcyj cielesnych, które w czasach silnego rozwoju fizycznego — powiedzmy do lat 14 — powinny odgrywać główną rolę. Nie rozpieszczajmy dzieci: nie wpajajmy im przekonania, że są najważniejszym członem społeczeństwa, nie wmawiajmy im, że są przyszłością narodu — możemy sobie to myśleć, ale schlebianie młodzieży ciągłem powtarzaniem takiego pięknego frazesu i pobudzanie ich chorobliwej ambicji działa z pewnością na szkodę zdrowia psychicznego młodzieży. Nie przeczę, że są jednostki odporne na te wszystkie podniety i przesadne uniesienia, jednostki, które pomimo przeszkód wyrastają na dzielnych ludzi — ale to są wyjątki. *Gros* młodzieży, w tych warunkach, wyrasta na osobniki niewytrzymałe i nerwowe. Bo w wychowaniu brakło zasady: *„ne nimium“* — nie za wiele — i *„paulatim summa petuntur“* — nie za prędko.

Na zakończenie stwierdzam, że tragedją naszych czasów jest z jednej strony brak środków dla tych, którzy mają prawidłowe łaknienie, a z drugiej strony brak łaknienia u tych, którzy mają dostatek żywności. O ile pierwsze zagadnienie jest wybitnie gospodarczo-społecznem, o tyle w drugiem powinni zabrać głos przed innymi lekarze.

Dr. Jan DANIELEWICZ, Asystent Oddziału. Lwów.

O usuwaniu ciał obcych gładkich z przełyku.

Z Oddziału Oto-Laryngologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Zygmunt Spalke.

Znaną jest rzeczą, że w kazuistyce ciał obcych w przełyku można spotkać najróżnorodniejsze przedmioty, których usunięcie należy traktować bardzo osobniczo, biorąc pod uwagę ich wielkość, postać, sposób i stopień wklinowania, wreszcie powierzchnię trudniej lub łatwiej dającą się uchwycić. Zdarza się, że przy usuwaniu ciała obcego natrafiamy na trudności wynikające z zetknięcia się dwóch powierzchni gładkich, a mianowicie śliskiej powierz-

chni ciała obcego, jak naprzykład szkła i metalowych gładkich szczypczyków ezofagoskopowych. W tych wypadkach, gdzie gładkie obce ciało jest nawet nieznacznie wklinowane, tak uwolnienie, jak i wyciągnięcie zapomocą samych szczypczyków okazują się niewystarczające, a niekiedy niemożliwe. Z pomiędzy wspomnianych dwóch gładkich powierzchni, t. j. przedmiotu usuwanego i szczypczyków, możemy uczynić bardziej szorstką i przyczepną tylko powierzchnię szczypczyków. Trudności, a równocześnie możliwość usunięcia tychże, dały mi przypadki niżej opisane.

I. Dnia 12. IX. 1934 przyprowadzono umysłowo chorą N. N., lat 60. Mąż chorej podał, że dnia poprzedniego chora w celu samobójstwa połknęła kawałek stłuczonego lusterka. Od tej chwili chora nie może ani jeść ani pić; od czasu do czasu odpluwa krew.

Stan obecny: Ciepłota 37,3°; narządy wewnętrzne bez zmian. Chora niespokojna i niezorjentowana; na zadawane pytania nie odpowiada. Zdjęcia rentgenowego nie wykonano u chorej spowodu nieprawidłowego stanu psychicznego. Z tego też powodu przystąpiono do ezofagoskopji w narkozie eterowej. Po wprowadzeniu niu rury ezofagoskopowej do pierwszej cieśni przełyku stwierdzono dość dużą ilość wydzieliny śluzowej ze znaczną domieszką krwi. Po usunięciu wydzieliny okazał się duży obrzęk błony śluzowej przełyku, w której fałdach obrzękłych przy przedniej ścianie widoczną była poprzecznie ułożona krawędź lusterka. Wspomnianą krawędź schwycono szczypczykami Brüningsa i usiłowano wyciągnąć nazewnątrz, wskutek jednak gładkości powierzchni szczypczyków pomimo kilkakrotnego zakładania ześlizgiwały się one. Ponieważ wyciągnięcie w tych warunkach było niemożliwe, nałożono na ramiona szczypczyków ciasno przylegające, małe odcinki cienkiego drenu gumowego, celem zwiększenia przyczepności chwytającej części szczypczyków. Po uchwyceniu temi zmodyfikowanemi szczypczykami wystającej części lusterka wyciągnięto je z łatwością nazewnątrz. Wyciągnięte lusterko, wielkości 2×3 cm. miało kształt nieregularnego wieloboku. Na tylnej powierzchni lusterka, pokrytej warstwą srebrzystą, stwierdzono bardzo wyraźne podłużne rysy, powstałe wskutek ześlizgiwania się zębów szczypczyków Brünningsa. Po wyciągnięciu ciała obcego nastąpiło mierne krwawienie. Chorą przeniesiono na Oddział Psychjatryczny, gdzie przebywała kilka tygodni, nie wykazując żadnych objawów chorobowych ze strony przełyku.

II. Drugi przypadek dotyczy również umysłowo chorego, który w celach samobójczych kilka godzin przed przybyciem na Oddział Laryngologiczny odgryzł i usiłował połknąć kawałek szkła ze szklanki.

Chory, silnie podniecony, wykonuje szybkie ruchy językiem i charczy. W jamie ustnej duża ilość pienistej śliny z krwią. Na błonie śluzowej policzka skaleczenie, również na tylnym łuku lewym, broczące krwią. W laryngoskopji — niewprost — stwierdzono obecność szkła, pokrytego krwią, które przy żywych ruchach języka przesuwa się z jednej zatoki gruszkowatej do drugiej. Choremu rozwarto jamę ustną zapomocą rozwieracza Whitehada i usiłowano przy pomocy szczypczyków usunąć szkło. Wystąpiły jednak podobne trudności, jak w opisanym poprzednim przypadku spowodu śliskości szkła i ruchów języka i szkło kilkakrotnie wysuwało się z ramion kleszczy. Zabieg wykonywano w pozycji leżącej z górną częścią ciała lekko pochyloną ku dołowi. Ciało obce własnym ciężarem nie mogło opaść ku dołowi, ponieważ język chorego nie pozwalał na to. Wobec tego, że chory począł się dusić, chwycono szkło palcami i z łatwością je usunięto. Usunięty fragment szklanki był długości 6 cm, szerokości 1,7 cm, grubości około 3 milimetry.

Jak w tym i poprzednio opisanym wypadku, dzięki zmianie powierzchni chwytającej usunięto ciało obce o śliskiej powierzchni.

Dr. M. LEŃSKI. Włocławek.

Przypadek kiłowego zapalenia nerwu kulszowego.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Antoniego
Ordynator: Dr. W. Piasecki.

(Doniesienie kliniczne).

Czy zachodzi różnica między rwą kulszową a zapaleniem nerwu kulszowego?

Oto co pisze w tej sprawie Prof. Rose (Pamiętnik VI kursu lekarskiego w Ciechocinku 1933 r.):

„Zasadniczej różnicy między niemi ani etjologicznej, ani anatomicznej, ani też klinicznej niema. Różnice, które autorzy podają, sprowadzają się jedynie do nasilenia objawów klinicznych i obrazu anatomicznego, tudzież do trwania choroby".

Wobec tego będę się posługiwał obu nazwami, aczkolwiek ze względu na znaczne nasilenie objawów chorobowych u naszej chorej byłoby racjonalne nazwać schorzenie zapaleniem nerwu kulszowego.

W podręcznikach neurologji wśród przyczyn, wywołujących zapalenie nerwu kulszowego, wymienia się również i kiłę. Jednakże niewszyscy neurolodzy uznają istnienie związku przyczynowego między kiłą a zapaleniem nerwu kulszowego. Prof. Peritz twierdzi, że tło kiłowe jest częstszem zjawiskiem w nerwobólu nerwu trójdzielnego, rzadziej występuje w zapaleniu wielonerwowem, natomiast w rozdziale, poświęconym rwie kulszowej nie wspomina zupełnie o kile. Piśmiennictwo w tej sprawie jest bardzo skąpe, jeżeli chodzi o przypadki rzeczywistego zapalenia nerwu kulszowego na tle kiłowem.

Należy bowiem odróżnić przypadki *neuritis ischiadica* u syfilityka, która może być pochodzenia gośćcowego, od kiłowego zapalenia nerwu kulszowego. Sprawdzianem jest tu wynik leczenia. Kiłowe tło rwy kulszowej może być ustalone tylko wtedy, gdy sprawa chorobowa jest oporna na rozmaite sposoby leczenia, które zwykle są stosowane w tej chorobie, a polepsza się jedynie po zastosowaniu specyficznego leczenia.

Przypadki tej kategorji są bardzo rzadkie. Na moją prośbę, zwróconą do kierownictwa wojskowej bibljoteki C. W. Sanit. o zestawienie piśmiennictwa na temat powyższy, otrzymałem odpowiedź „że prac na temat: rwa kulszowa, a kiła niema". W polskiem piśmiennictwie przypadkowo znalazłem opis jednego przypadku *neuritis ischiadica* w pracy przedwcześnie zmarłego Dra Konrada Poncza p. t. „Kiła a nerwy obwodowe". Praca ta została ogłoszona w „Dzienniku Lekarskim" w 1931 r.

Przypadek dotyczy kobiety l. 34, która zachorowała na *ischias* i leczyła się bezskutecznie środkami farmakologicznemi i naświetlaniem. Dopiero dodatni odczyn Wassermanna we krwi wykrył istotne tło schorzenia. Zastosowane leczenie specyficzne dało wynik dodatni. Już po zastrzyknięciu dożylnem 1,2 Neosalwarsanu i 4 amp. *Quinby* nastąpiła tak znaczna poprawa, że chora przerwała kurację, gdyż czuła się zdrową; bóle zupełnie ustąpiły. Ponieważ obserwacja trwała dość krótko, trudno powiedzieć, czy poprawa była istotnie trwała, czy nastąpił nawrót. Biorąc jednakże pod uwagę szybki efekt specyficznego leczenia, należy znać, że w danym przypadku rwa kulszowa miała tło kiłowe. Przechodzę do opisu przypadku, który miałem możność obserwowania w szpitalu powiatowym we Włocławku.

Chora M. G., lat 40, przybyła na Oddział dnia 2. II. 1935 r. spowodu silnych bólów w prawej nodze. Chora zamężna, miała 2 dzieci. Jedno urodziło się nieżywe, drugie zmarło na ospę. Poronień nie miała. Choruje od 3 lat. W ciągu ostatnich 3 tygodni znaczne nasilenie bólów. Chora również narzeka na uczucie ściskania w okolicy serca.

Stan obecny. Chora budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. W płucach zmian patologicznych nie stwierdzono. Granice serca normalne, tony głuchawe. Ciepłota normalna. Ciśnienie krwi mx. 110, min. 70.

Kończyny dolne: Chora leży bez ruchu w łóżku, nie może ani siadać, ani przewrócić się na bok spowodu silnych bólów w prawej nodze. Bóle występują nietylko przy ruchach, ale również samoistnie, nasilając się w nocy. Bóle o charakterze rwącym odczuwa wzdłuż przebiegu prawego nerwu kulszowego. Najwyraźniej zaznaczają się następujące punkty bolesne: między krętarzem wielkim a guzem kulszowym, w środku dołu podkolanowego, w obrębie wyrostka kolczystego V kręgu lędźwiowego i w okolicy kostek. Objawy Lasègue'a, Turyna i Lindnera dodatnie. Odruchy ścięgniste obustronnie żywe, brzuszne — zachowane, patologicznych brak. Źrenice reagują na światło i zbieżność leniwie.

Morfologiczne badanie krwi wykazało co następuje: Erytrocytów 4,300.000. Hemoglobiny 66%. Leukocytów 6.400. Wzór: neutrofilów 67%, limfocytów 30%, przejściowych 1%, monocytów 2%. Mocz bez składników patologicznych. Leczenie polegało na naświetlaniach diatermją, wstrzykiwaniach donerwowo 1 cm^3 roztworu kokainy i kwasu karbolowego (Rp. *Cocaini mur.* 0,1, *Ac. carbol.* 0,2, *Aq. destill. 10,0. S.* 1 cm^3).

Dowewnątrz chora dostawała *Atophan* i *Natrii salicylici.* Pod wpływem leczenia bóle ustępowały tylko na 2—3 godziny. Wobec nikłych wyników naświetlań diatermją i wstrzykiwań kokainy, zaczęliśmy stosować naświetlania Rosultra i wstrzykiwania wakcineuriny. Pierwsze trzy naświetlania Rosultra dały nieco lepszy efekt, albowiem bóle samoistne ustąpiły. Natomiast dalsze naświetlania były bezskuteczne i bóle ponowiły się.

25. II. Wstrzyknięto 2 cm^3 propidonu, ciepłota podniosła się do 40°, chora miała dreszcze, bóle jednakże trwały nadal.

27. II. Chora dostała 4 cm^3 propidonu. Ciepłota znowuż podniosła się do 40°. Efekt był nieco lepszy. Bóle o mniejszem natężeniu. Wykonywa lekkie ruchy chorą nogą. Wogóle wynik był nikły.

Oporność w stosunku do preparatów salicylowych i atofanu, bezskuteczność naświetlań, nikłe wyniki po zastosowaniu propidonu, kokainy i wakcineuriny, wzbudziły podejrzenie co do kiłowego pochodzenia tego cierpienia, aczkolwiek chora stanowczo negowała lues.

Badanie krwi potwierdziło przypuszczenie: Wassermann +, metoda kłaczkująca +++. Wobec tego zastosowaliśmy leczenie specyficzne kombinowane Neosalwarsanem i bizmutem (Bi-Jod-Chinin), przyczem wszystkie inne środki były odstawione. Chora otrzymała 2,7 Neosalv. i 10 ampułek Bi-Jod-Chinin. Ponieważ żyły u chorej były słabo widoczne i źle się napinały, przeszliśmy na domięśniowe wstrzykiwania acetylarsanu, który ostatnio znalazł dość szerokie zastosowanie zarówno we Francji, jak i w kraju (Dr. A. Nadel: O domięśniowem leczeniu kiły acetylarsanem. Warsz. Czas. Lek. 25. II. 1935).

Chora dostała 10 wstrzykiwań acetylarsanu, który zniosła bardzo dobrze.

Już po pierwszych wstrzykiwaniach Neosalwarsanu zaznaczyła się poprawa. Bóle samoistne ustąpiły, chora zaczęła poruszać nogą.

24. III. Chora wstała i zaczęła chodzić.

4. IV. Chód nieco chwiejny. Przy chodzeniu odczuwa bóle.

Ze względu na sensacje bólowe w okolicy serca chora była prześwietlona promieniami Roentgena. Prześwietlenie wykazało rozszerzenie aorty. Nie ulega wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z początkowym okresem kiły aorty. Schorzenie to jest bardzo częstem powikłaniem u chorych, którzy przebyli kiłę. Pod tym względem godna uwagi jest statystyka Prof. Schlesingera. Wśród 10.600 szpitalnych chorych w okresie od 1923—1932 1.289 (12,2%) przebyło kiłę. Wśród tych chorych Schlesinger stwierdził *Aortitis luetica* w 31,9%, co wynosi 3,9% wszystkich chorych.

Statystyka sekcyjna Prof. Marescha wykazuje dla *Aortitis luetica* jeszcze wyższy odsetek, a mianowicie 4,92% wszystkich wypadków.

W ciągu kwietnia zaznaczała się u naszej chorej coraz większa poprawa.

7. V. Chora chodzi zupełnie dobrze i spaceruje w ogrodzie szpitalnym.

15. V. Przy dłuższych spacerach odczuwa czasem ból.

28. V. Chora wypisała się ze znaczną poprawą, i sama poszła do domu.

Po leczeniu specyficznem w ciągu prawie 2 miesięcy chora doznała znacznej poprawy. Jeżeli weźmiemy pod uwagę zupełną bezskuteczność naświetlań i środków farmakologicznych u naszej chorej, musimy przyznać, że leczenie specyficzne dało wynik wybitnie dodatni.

Leczenie swoiste wpłynęło również korzystnie na objawy podmiotowe *Aortitis luetica*. Natężenie bólów pozamostkowych zmniejszyły się, a w końcu leczenia znikły.

Streszczenie.

Przedstawiłem przypadek zapalenia nerwu kulszowego, który był oporny na leczenie farmakologiczne i naświetlania.

Dopiero po stwierdzeniu dodatniego odczynu Wassermanna we krwi, zastosowano specyficzne leczenie, które dało wynik dodatni.

Równocześnie leczenie swoiste korzystnie wpłynęło na bóle pozamostkowe, które były spowodowane przez *Aortitis luetica*.

Przypadek ten jest pouczający z tego względu, że każe nam podejrzewać tło kiłowe w przypadkach rwy kulszowej, opornych na zwykle stosowane leczenie.

Należy również wziąć pod uwagę, że w zespole objawów u naszej chorej występowało nasilenie bólów w nocy. Możemy wtedy uważać za charakterystyczne dla kiłowego zapalenia nerwu kulszowego dwa następujące objawy:

a) Występowanie albo nasilenie bólów w nocy.

b) Oporność w stosunku do leczenia nieswoistego.

Zarówno w naszym przypadku, jak i w przypadku Dr. Pończa odczyn Wassermanna we krwi był dodatni. Sądzę jednakże, że w obecności obu wyżej wymienionych objawów, należy wypróbować leczenie specyficzne nawet przy ujemnym odczynie Wassermanna.

Piśmiennictwo:

1) Rose: Rwa kulszowa. Pamiętnik VI Kursu Lekarskiego w Ciechocniku 1933. — 2) Peritz: Neue deutsche Klinik. Band VIII. S. 1—30. — 3) Schlesinger: Aortensyphilis. Aerztliche Praxis 15. III. 1934.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Sprawozdanie z 44 Zjazdu Chirurgów Francuskich (od 7—12 października 1935) w Paryżu.

Tegoroczny, a 44 zrzędu Kongres Chirurgów Francuskich w Paryżu zgromadził, jak zwykle, wielu uczestników z samej Francji i zagranicy. Jeśli o frekwencję chodzi, to kryzys dotkliwie dający się dziś we znaki światu lekarskiemu i odbijający się w swych skutkach równie i w frekwencji i poziomie naukowym zjazdów lekarskich — na co skarżą się i z czem liczą się dziś ich organizatorzy — nie wyrządził, jak się zdaje, szkód poważniejszych Kongresowi omawianemu. Nie zmieniło się też nic w zewnętrznym wyglądzie Kongresu, który inaugurowano tradycyjną mową obranego podczas poprzedniego Kongresu przewodniczącego prof. Gaston Michel'a w obecności przedstawicieli władz państwowych i uniwersyteckich oraz przedstawicieli świata naukowego. Reprezentujący rząd minister zdrowia p. Louis Marin wygłosił dłuższe przemówienie, w którem starał się wykazać, jak wielkie znaczenie rząd przypisuje rozwojowi wiedzy chirurgicznej we Francji i że docenia doniosłość zjazdu chirurgów zarówno dla wiedzy i nauki, jak i dla ludzkości wogóle.

Pierwszym tematem programowym był „zawał krezki" *(infarctus du mésentère)* (referenci: Ameline z Paryża i Lefebre z Tuluzy). Sprawa ta zajmującą była oczywiście nietylko dla chirurgów, lecz niemniej też dla patologów, i w referatach ujęta została przedewszystkiem z punktu widzenia anatomo-patologicznego. Słusznie też referenci zakończyli kliniczną część szczegółowego referatu wzmianką, że życzyć należy chirurgom, by jaknajrzadziej mieli sposobność w praktyce spotykać się z zawałem naczyń krezkowych, bo ingerencja lecznicza, operacyjna niewiele przynieść może pociechy. Omawiano różne postacie zawału, który z różnych powodów pojawiać się może na tle zmian zapalnych w jamie brzusznej, spowodu których następuje zaczopowanie naczyń tętniczych lub żylnych krezki, pociągające za sobą obraz zawału i martwicę mniej lub więcej rozległych partyj kiszki. Oprócz zmian zapalnych w jamie brzusznej zwłaszcza zapalenia otrzewnej, dużą rolę odgrywają zakrzepowe zmiany w tętnicach i żyłach krezki jako powikłanie po operacjach w jamie brzusznej. Dalej ostre zaczopowania wywołane sprawami chorobowemi ogólnemi, przyczyniającemi się do powstawania zakrzepów w układzie krążenia krwi — ogólna posocznica, zapalenie wsierdzia, które jak wiadomo, bywają powodem powstawania zakrzepów w żyłach, we wsierdziu i powodują tworzenie się zatorów septycznych. Wreszcie też schorzenia samych naczyń krwionośnych, jakoto zmiany kiłowe i przedewszystkiem miażdżycowe. Zdaje się, że te ostatnie najwięcej dają możności lekarzowi chirurgowi rozpoznania i leczenia. Jeżeli udało się poszczególnym operatorom uratować chorego, u którego na skutek nagłej niedrożności wielkiej tętnicy krezkowej i następczej zgorzeli kiszki powstał stan groźny, zapomocą operacji, to nieomal zawsze w tych razach powodem naglego zamknięcia światła kiszki były zmiany miażdżycowe. W wygłoszonem przeze mnie przemówieniu dyskusyjnem starałem się wykazać, że w tych przypadkach ostry zawał krezkowy poprzedzony bywa zwykle znamiennemi okresowemi objawami, na które zwracał uwagę m. i. Ortner, który wprowadził nazwę *„dyspragia angiosclérotica abdominalis" sive „angina abdominis"*. Wczesne i właściwe rozpoznanie tych objawów i ich powodu i wczesne ich leczenie jest w swych skutkach więcej cenne od wyników operacyj wykonywanych na skutek pojawienia się już samego zamknięcia większego naczynia krezkowego i jego fatalnych następstw, t. j. szybko postępującej zgorzeli kiszki. Już towarzyszący nagłemu zawałowi większego naczynia zapad musi wpływać fatalnie na wynik operacyjnego zabiegu. Zator tętnicy krezkowej górnej *(a. mesent. sup.)* jest w skutkach groźniejszy, gdyż mamy tu do czynienia z tętnicą końcową, natomiast w razie zamknięcia tętnicy krezkowej dolnej *(a. mesent. inf.)* liczyć można na wytworzenie się krążenia ubocznego, co w danych warunkach uprawnia nas do stosowania leczenia zachowawczego i zaniechania operacji.

Drugi temat programowy, złamania kości piętowej *(fractures du calcanéum)* referowali Paitre (Paryż) i Boppe (Paryż). W leczeniu tego złamania (które w dość pokaźnej liczbie przypadków prowadzi, w razie zastosowania zwykłych metod zachowawczych, bez należytego ustawienia odłamków i umocowania ich w ustawieniu korzystnem, do następstw przykrych) poczyniła chirurgja wielki postęp. Referenci dali obszerny pogląd na metody bezkrwawego nastawienia odłamków, a przedewszystkiem na sposoby krwawe, polegające na wykonaniu krwawej osteosyntezy, stosowaniu wyciągu gwoździowego skombinowanego, działającego w różnych kierunkach. Jak wiadomo wiele zasług ma w tej dziedzinie Böhler (Wiedeń), którego słynne dzieło o leczeniu zła-

mań bardzo dobrze ilustruje właśnie zagadnienia tego trudnego leczenia złamania kości piętowej. Z tego też właśnie powodu kierownictwo Kongresu zaprosiło wspomnianego uczonego do czynnego udziału w dyskusji i wygłoszenia koreferatu dyskusyjnego.

Trzecim tematem programowym była chirurgja przepony *(technique et conséquences physiologiques des opérations portant sur le diaphragme);* referowali Costantini (Alger) i Menégause (Paryż). Od szeregu lat toczy się dyskusja na temat, jakim ma być dostęp operacyjny do przepony; który lepszy, mniej ryzykowny i który lepszy daje wgląd, czy dostęp drogą laparotomji, czy drogą otwarcia klatki piersiowej. Oczywiście doniedawna odpowiedź była prostą, że jedynie o laparotomji myśleć można, skoro otwarcie klatki piersiowej ze względu na ogromne niebezpieczeństwo gwałtownie powstającej i wręcz zabójczej odmy piersiowej, wydawało się rzeczą wręcz niemożliwą. Odkąd jednak, dzięki możliwości stosowania wzmożonego ciśnienia podczas zabiegów na klatce piersiowej i w jej wnętrzu, możemy w zupełności wyrównać różnicę ciśnienia pomiędzy atmosferą a wnętrzem jamy opłucnowej i klatki piersiowej, czyli usunąć niebezpieczeństwo odmy, przestała torakotomja być niebezpieczniejszym zabiegiem od laparotomji; oczywiście dla takiego operatora, który posiada odpowiedni przyrząd do zastosowania nadciśnienia i wyrównania ciśnienia w jamie piersiowej pacjenta, z chwilą jej otwarcia i który dokładnie zaznajomił się z postępowaniem operacyjnem. Mamy jeszcze wielu znakomitych chirurgów, którzy przestrzegają przed stosowaniem torakotomji, zwłaszcza tam, gdzie dostęp, który się z jej pomocą otrzymuje, otrzymać można zapomocą laparotomji. Mimo to droga poprzez ścianę klatki piersiowej coraz więcej zyskuje zwolenników. Dostęp jest bezwarunkowo lepszy, główne ryzyko, jak mówiłem, odpada. Inne niebezpieczeństwa, w szczególności niebezpieczeństwo tak zwanych odruchów opłucnowych i śródpiersiowych, które na skutek ucisku powstają i spowodować mogą odruchowe zablokowania ośrodka oddechowego, przy umiejętnem operowaniu nie odgrywają tak ważnej roli, jak przypuszczano. Jeżeli chodzi o zeszycie przepony, operację przepukliny przeponowej, usunięcie nowotworu z przepony lub z jej otoczenia wychodzącego, operacje pomocnicze na przeponie wykonane dla uwidocznienia i udostępnienia przełyku, to laparotomja może tu wogóle dać dostęp tylko bardzo względny. Nie ulega więc kwestji, że wykonana tym sposobem operacja, naraża chorego na powikłania, które uważać trzeba za skutek tych właśnie trudności technicznych. Torakotomja daje wgląd dobry, zabieg jest łatwiejszy; tą samą drogą wykonana frenikotomja dla uzyskania porażenia przepony, bardzo ułatwia zabieg operacyjny na zwiotczałej przeponie, słowem — torakotomja jest mniej niebezpieczna od laparotomji. Nad takim to mniejwięcej tematem toczyła się dyskusja, a przedewszystkiem przemawiał w tym sensie Sauerbruch z Berlina, którego jako specjalnego znawcę chirurgji przepony i chirurgji klatki piersiowej kierownictwo Kongresu zaprosiło na zjazd jako koreferenta.

Posiedzenia poświęcone tematom dowolnym w połączeniu z posiedzeniem poświęconem wyświetlaniu filmów operacyjnych i pokazom przyrządów i urządzeń szpitalnych w połączeniu z wystawą, zorganizowaną przez Kongres i liczne firmy francuskie i częściowo też zagraniczne, dawały uczestnikom pogląd bodaj na całokształt aktualnych zagadnień chirurgji we wszystkich jej dziedzinach.

Hawliczek (Schatzlar) i Paschoud (Lausanne) referowali o wynikach naświetlania pola operacyjnego podczas zabiegu operacyjnego, wskazując w szczególności na korzystny wpływ promieni w przypadkach zapalenia otrzewnej oraz na ich wpływ korzystny na dolegliwości pooperacyjne i skrócenie okresu leczenia. O sprawie znieczulenia mówił m. i. Gautiier (Angers) i Delagenière (Le Mans). Pierwszy z nich mówił o zaletach Ewipan'u, drugi podkreślał duże znaczenie ogólnego uśpienia, którego nie zastąpią nigdy metody znieczulania miejscowego lub lędźwiowego. Współpracownicy prof. Lambret'a z Lille pokazali przyrząd do uśpienia ogólnego, z pomocą gazu rozweselającego, polegający na połączeniu przyrządu do narkozy z maską przeciwgazową i umożliwiający obserwowanie twarzy chorego, odruchów spojówkowych bez zdejmowania maski. Jeanneney, Ducuing, Lefiliatre poruszyli w swych odczytach znaczenie zabiegów na nadnerczach w leczeniu nadciśnienia i schorzeniach powodujących skurczowe zwężenie i niedrożność naczyń krwionośnych *(morbus Buerger* i t. p.), wskazując na kilka pomyślnych wyników częściowego wycięcia nadnercza. O zabiegach wytwórczych i ich wynikach w szpecących ubytkach na twarzy mówili m. i. Burian (Praga) i Esser (Monako). Lambret (Lille) wygłosił ilustrowany filmem operacyjnym odczyt o podanym przezeń sposobie uniesienia i ruchomego umocowania żołądka w gastroptozie, który to sposób pod względem anatomicznym i fizjologicznym dobrze odtwarza warunki normalne. Interesującym poniekąd był pokaz filmu Gudin'a (Rio de Janeiro), ilustrującego całkowite wyjałowienie i odkażenie całej sali operacyjnej tak, że operator i asystenci mogą w czasie operacji wszystkiego sami dotykać; narzędzie które upadło na ziemię można np. podnieść i bez wyjałowienia dalej używać. Kilka odczytów poświęconych było operacjom ginekologicznym. Mayer (Bruksela) referował o wynikach stosowania wolnego przeszczepiania jajników lub ich kawałków zdrowych w razie konieczności wytrzebienia. Francuscy znawcy leczenia złamań kości m. i. Judet, Calot, Massart, Descarpentries, Masmonteil i kilku zagranicznych mówców referowało o leczeniu złamań kości, uwzględniając nowsze zabiegi operacyjne, nowe sposoby krwawej osteosyntezy i wyciągów gwoździowych lub drutowej. Ja sam omówiłem znaczenie stosowania dożylnych zastrzyków stężonych rozczynów cukru gronowego w przypadkach pourazowego wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego.

Jak zawsze odbywały się w czasie Kongresu zwiedzania szpitali połączone z pokazami operacyjnemi. Przy tej okazji uczestnicy zjazdu mieli sposobność zapoznania się z postępami radolecznictwa nowotworów na kilku oddziałach bądź chirurgicznych bądź na oddziałach specjalnie zajmujących się leczeniem energją promienistą i dysponujących większą ilością radu.

Dr. Z. Dziembowski (Bydgoszcz).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Polski. Nr. 12. 1935. Bujalski J.: Lekarz domowy w ubezpieczeniu na wypadek choroby w świetle cyfr pierwszego półrocza 1935 roku. — Krasuski A.: Zarys historyczny leczenia morzem i jego znaczenia społecznego. — Świder Zdz.: O roli lekarzy-praktyków w walce społecznej z gruźlicą.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 23. 1935. Hanke F.: Organizacja stanu lekarskiego w Niemczech i kilka uwag o naszej deorganizacji. — Miłaszewski B.: Prawa emerytalne lekarzy szpitali samorządowych na obszarze b. zaboru rosyjskiego. — Załuska J.: Czarniecka Góra, jako uzdrowisko.

Medycyna. Nr. 23. 1935. Grott J. W.: Przewlekłe zapalenie trzustki. — Rubinsztejn M. i Hurynowiczówna J.: Chronaksja układu przedsionkowego w niedokrwistości doświadczalnej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 46. 1935. Kobryner A. i Kopferstein A.: Accretio et concretio pericardii. — Iwanter J.: Mnogie wyrośle chrzęstne. — Jochweds B. i Sztejnberg A.: Badania nad zachowaniem się retikulocytów w durze brzusznym. — Nauman A.: Zakres opieki zdrowotnej nad młodzieżą akademicką (d. n.).

Lekarz Wojskowy. T. XXVI. Nr. 8. 1935. Pawłowski B.: Następstwa ran postrzałowych brzucha. — Kessel K.: Ocena objawów urazowych i schorzeń kręgosłupa. — Kalina L.: Pneumografja stawu kolanowego. — Sołtysik A.: Postępowanie w przypadkach złamań z równoczesnem zwichnięciem kości skokowej. — Rosnowski M.: Stan anatomiczny i czynnościowy żołądka w gruźlicy płuc. — Konopka S.: Karol Kaczkowski, jego prace i projekt wydawania pisma wojskowo-lekarskiego.

Życie Dziecka. Nr. 11. 1935. Charszewska Z.: Z ujemnych stron wychowania zakładowego. — Weinlesowa M.: O trudnościach wychowawczych związanych z poszczególnemi fazami rozwoju psychicznego. — M. H.: Instytucja świadczeń rodzinnych we Francji. — Holewińska M.: Zagadnienia opieki nad dziećmi moralnie zagrożonemi i anormalnemi. — Hryniewicz E.: Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego.

Klinika Współczesna. Nr. 11. 1935. Miesięcznik referatowy.

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr. 11. 1935. Zdrojewski Z.: O zatruciu bielunem kędzierzawym. — Obarski Fr.: Samobójstwa w Warszawie w roku 1934 na podstawie statystyki Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego.

Gastrologja Polska. Nr. 2. 1935. Radliński Z.: Epiploitis. — Strauss H.: O t. zw. sigmoiditis i perisigmoiditis.

Lekarz Wojskowy. T. XXVI. Nr. 9. 1935. Landau A.: Istota i leczenie schorzeń tarczycy. — Krajewski Fr.: Wagotonizm serca u sportowców. — Rosnowski M.: Stan anatomiczny i czynnościowy żołądka w gruźlicy płuc (c. d.). — Studziński L.: Nowsze metody określania zjadliwości gronkowców.

Kosmos. Z. I—IV (Część I.). 1933. R. LVIII. Serja A. Rozprawy.

Medycyna Praktyczna. Z. 11. 1935. Bross K.: Ludwik Gąsiorowski jako człowiek, lekarz i historyk medycyny. — Raszeja F.: O wrodzonem zwichnięciu biodra. — Hałaziński Z.: Zapalenie miedniczek nerkowych a poród przedwczesny. — Bylina J.: Prostigmina w ginekologji i położnictwie.

Przemysł Chemiczny. Z. 9—10. 1935.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 50. 1935.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 47. 1935. Brokman H. i Festensztat A.: Sprawy zapalne miąższu płucnego o etjologji reumatycznej u dzieci. — Herman E. i Zeldowicz H.: Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych u dziecka w przebiegu glistnicy. — Iwanter J.: Mnogie wyrośle chrzęstne. — Nauman A.: Zakres opieki zdrowotnej nad młodzieżą akademicką (dok.).

Lekarz Wojskowy. T. XXVI. Nr. 10. 1935. Marynowski Ż. i Szpilewski W.: Gościec stawowy i jego leczenie. — Łankasiewicz E.: Schorzenia reumatyczne w wojsku. — Landau A.: Istota i leczenie schorzeń tarczycy (dok.). — Rosnowski M.: Stan anatomiczny i czynnościowy żołądka w gruźlicy płuc (c. d.).

Wiedza Lekarska. Z. XII. 1935. Peter J.: Tezy Hawlicka, ich znaczenie i zastosowanie w praktyce (c. d.). — Berlinerblau L.: Przypadek promienicy krtani.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 51—52. 1935.

Życie Dziecka. Nr. 12. 1935. Luidorówna B.: Dziecko w prawie familijnem. — Wawrzyńska W.: Przez rodzinę do dziecka. — Surmacka I.: Pomoc rodzinie z tytułu opieki nad dzieckiem. — Hryniewicz E.: Uspołecznianie się opieki rodzicielskiej.

Ruch Przeciwgruźliczy. Z. 5—8. 1935.

Polskie Zioła. Nr. 12. 1935.

Młoda Matka. Nr. 24. 1935.

OCENY.

Introduction à la chirurgie thoracique. E. F. LANWERS. Masson. Paris. 1935. Str. 112. Cena 20 fr.

Jest to bezpretensjonalny wykład opowiadający o patologji chirurgicznej ścian i narządów klatki piersiowej. Nie daje nic nowego. Za zwięzły, by mieć znaczenie dla praktyka, co najwyżej orjentuje w nowszych próbach chirurgicznych zabiegów na sercu i tętnicy głównej. Wśród wielu dzieł pierwszorzędnej wartości ukazujących się na półkach księgarskich z firmą Massona, jest to niewątpliwie rzecz słabsza.

K. Czyżewski (Drohobycz).

Das Heilfasten. (Post leczniczy i jego metody pomocnicze). OTTO BUCHINGER. Hippokrates-Verlag. Gmb-H. Stuttgart—Leipzig. 1935.

Autor odróżnia głodzenie od postu i w tem leży zasadnicza treść tej książki. Wstrzymanie się od jedzenia ma być wynikiem postanowienia i dokonane ma być z pewnem nabożeństwem. Mimo tej nuty religijności, która bardzo doniośle brzmi w całem dziele a szczególniej w dalszych rozdziałach — autor podaje sposoby owego poszczenia, wzorowane na kuracji „Guelpa“, która polegała na gruntownem oczyszczaniu kiszek przez sól glauberską[1]) i jednoczesnem głodzeniu. Autor cytuje przykłady głodzenia się — czy raczej postu — 40, a nawet 90-dniowego.

Po wstępie historycznym podaje autor fizjologię głodzenia i zmiany we krwi, moczu, wątrobie, kościach — zmiany ani zbyt pewne, ani należycie ocenione, oczywiście wszystko na korzyść ustroju.

Potem opisuje sposoby poszczenia, dni owocowe na wstępie, przeczyszczenie 40 g siarczanu sodu na 750 cm³ wody — obwijania w czasie obiadowym, spacery, wlewania kiszkowe poranne — narady — kąpiele — wszystko to dość niesmacznie podlane sosem sentymentalizmu, poezji domowej i nabożeństwa. Nakoniec podane jest w rozdziale tym, jak ma się post przerwać.

Działaniu leczniczemu poświęcony jest rozdział następny, gdzie znowu wszystkie nieomal choroby przez taki post wyleczane być mają — więc otyłość i chudość — reumatyzm i rak, lub skłonność do raka, astma i zaparcie stolca, choroby krwi i zwapnienie naczyń, zapalenie nerek i katary przewodu pokarmowego, *pyorrhea alveolaris* cukrzyca, migrena i padaczka, ostre i przewlekłe zapalenia — słowem prócz gruźlicy — wszystko.

Jako środki pomocnicze polecane są kąpiele powietrzne, słoneczne, obmywanie i obwijanie w prześcieradła — wegetarjanizm, i tak zwane roedowanie (Rödern) — czyli miesienie migdałków i śluzówki nosa. Przytem omówione są wartości leczenia homeopatycznego, poparte przykładami, gdzie *pulsatilla* pomaga na płaczliwość — arszenik i akonit na egoizm, fosfor na marzycielstwo, a *nux vomica* na gwałtowność.

Wreszcie w rozdziale szóstym podane są sposoby wpływów duchowych: modlitwa, pocieszanie *(gut zureden)*, czytanie budujących książek i wierszy.

Ostatni rozdział zawiera historje chorób i pamiętniki chorych.

Niewątpliwie w pracy tej wiele jest cennych, może i słusznych uwag, a szczególniej podkreślenie tego wpływu, jaki roztropny doktor na chorego wywrzeć może i powinien — ale na to przepisów niema i silenie się na stworzenie jakiejś metody ogórkowo poetycznej — albo przeczyszczająco-nabożnej robi niekorzystne wrażenie.

Jest w całej książce zarozumiałość „ojca rodziny“, który uważa, że jego nauki i jego zupy mączne, albo kawa figowa są najlepsze na świecie.

Książka zyskałaby może na tem, gdyby jedynie trzymana była w stylu kazania, a nie mieszała przepisów lekarskich z przepisami nienaukowemi lub zapatrywaniami jednostronnemi i fanatycznemi, które bynajmniej nie są uzasadnione ani dla wszystkich stosować się dadzą. Nic niema cenniejszego w życiu nad ideał i entuzjazm, ale oprzeć go trzeba na trwalszych podstawach, niż przytoczone wierszyki. Podstawą duchowego życia jest niewątpliwie zdrowie, ale dążyć do niego trzeba nietylko drogą postu lub masażu.

Moraczewski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Znaczenie dziedziczności. MELANOWSKI W. Zagadnienie Rasy. T. 9. Nr. 1—2. 1935.

Autor na podstawie całego szeregu przykładów, szczególnie z dziedziny okulistyki dowodzi, iż jakość i typ dziedziczenia danego zespołu chorobowego zależy od zajęcia tego, czy innego listka zarodkowego. Objawy „schorzenia“ takiego listka niezawsze występują w całej pełni, tem niemniej już kilka nieraz objawów może nam wskazać na to, który listek był dotknięty i możliwe przez to pozwolić nam na postawienie prognozy, jakie są możliwości, jeżeli chodzi o przekazanie wad potomstwu. Rzecz prosta, że sprawa ta jest ze stanowiska higjeny rasy niezmiernie ważna i doniosła. Melanowski zwraca uwagę na szczególne trudności w tym terenie pracy, a zarazem ważność i znaczenie tej pracy ze stanowiska eugeniki.

Z. Bieliński (Lwów).

Biologiczna i dziedziczna struktura osobowości a wychowanie. W. IZDEBSKI. Zagadnienie Rasy. R. 17. Nr. 1—2. 1935.

Autor omawia stosunek wychowania do zagadnienia dziedziczności. Nieco dłużej zatrzymuje się autor nad omawianiem nauki o hormonach, która stanowi ważny klucz do zrozumienia biologii i patologji osobowości. Elementy, które pragniemy przyswoić jednostce przez wychowanie, będą albo wspierać elementy odziedziczone, albo też będą je zwalczać. Praktycznie ważne jest dla wychowawcy możliwie najwcześniejsze rozpoznanie osobowości wychowanka w zakresie cech odziedziczonych, by mógł on zwrócić szczególną uwagę na pogłębienie jego cech odziedziczonych dodatnich i zwalczanie ujemnych. Pomocne w tym względzie mogą się okazać pewne cechy czysto zewnętrzne, jak wygląd osobnika, charakter jego głosu i pisma i in.

Z. Bieliński (Lwów).

Zasadnicza zaprawa do skoku wdal. J. SKŁAD. Wychowanie Fizyczne. R. 16. Nr. 7—9. 1935.

Autor z Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego w sposób bardzo sumienny i szczegółowy zastanawia się nad sprawą skoku wdal. Po przeprowadzeniu podziału skoczków wdal na dwa typy, a mianowicie na typ skoczków opierających swój skok przedewszystkiem na sile rozbiegu, który to typ nazywa autor typem skoczka sprintera i typ skoczków opierających swój skok przedewszystkiem na bardzo silnem i dokładnem odbiciu (typ skoczka z odbiciem) udziela autor skoczkom-zawodnikom całego szeregu rad, w jaki sposób należy pracować nad sobą, by osiągnąć możliwie najlepszą formę. Poza podaniem ogólnych zasad zaprawy, omawia Skład szczegółowo starty, skoki, oraz trening przed zawodami. Występujące u skoczków-rekordzistów nerwobóle w części lędźwiowej kręgosłupa domagają się krytycznego oprawowania przez lekarza sportowego.

Z. Bieliński (Lwów).

---

[1]) 40 g w 3/4 litra wody 3—5 dni zrzędu.

Biologja.

Czynność śluzówki jelita w czasie chłonienia. FR. VERZAR. Schweiz. med. Wochenschr. T. 65. Nr. 25, 26. Str. 569—576.

Autor wykazuje wielką rolę fosforylizacji przy chłonieniu cukrów i tłuszczów. Uważa, że tylko te cukry chłoną się łatwo, które tworzą estry z fosforowym kwasem. Ten proces może być wstrzymany przez kwas jednojodowooctowy. Podobny proces odbywa się przy chłonieniu tłuszczów, rozszczepionych i złączonych z kwasami żółciowemi. Cholesteryny chłoną się, jeżeli zdolne są do tworzenia estru. Koprosteryna nie tworzy estrów i nie zostaje wchłaniania. Autor przypuszcza, że nadnercze odgrywa tu rolę, dostarczając ciał fosforowych. Awitaminozy B_2 wywołują sprue i pellagrę, połączone są ze złem chłonieniem tłuszczów. Wyjęcie nadnercza również upośledza chłonienie tłuszczów. Stąd autor wnioskuje, że witamina B_2 może jest materjałem z którego nadnercze wytwarza fosforyzujące zaczyny.

W. Moraczewski (Lwów).

Patologja.

Zaburzenia i regulacja przemiany cholesteryny. I. Doniesienie: Wpływ wyciągów wątrobowych na zaburzoną przemianę cholesterynową. A. O. SCHALLY. Ztsch. f. klin. Med. B. 128. Str. 365—375.

Wyciągi wątrobowe, podane parenteralnie, regulują przemianę cholesteryny, podwyższają obniżony poziom cholesteryny w chorobie Basedowa, dychawicy oskrzelowej i niedokrwistości złośliwej, poprawiając również stan zdrowia; w schorzeniach nerek, szczególnie nerczycy, schorzeniach wątroby (żółtaczka mechaniczna i nieżytowa) i w cukrzycy wyciągi wątrobowe obniżają podwyższony poziom cholesteryny. Pod wpływem leczenia wyciągami wątroby znikają objawy nerczycy.

H. Długosz (Lwów).

Zaburzenia i regulacja przemiany cholesteryny. II. Doniesienie: Tarczyca a przemiana cholesterynowa. A. O. SCHALLY. Ztsch. f. klin. Med. B. 128. Str. 376—385.

W większości przypadków choroby Basedowa stwierdził autor obniżenie poziomu cholesteryny we krwi, tem większe, im cięższe były objawy kliniczne. Wszelkie sposoby lecznicze, które poprawiały stan kliniczny (jod, wycięcie tarczycy) podwyższały poziom cholesteryny we krwi do normy. W przypadkach hipotyreozy poziom cholesteryny we krwi był wyższy. Tarczyca ma więc hamujący wpływ na przemianę cholesteryny. Można jednak wstrzykiwaniem wyciągu wątrobowego podwyższyć poziom cholesteryny we krwi w chorobie Basedowa i poprawić równocześnie stan chorego. Wynika z tego, że przemiana cholesteryny zależy od wątroby, a tarczyca tylko ją hamuje lub pobudza. Z zestawienia z przemianą podstawową wszechstronniejszy jest poziom cholesteryny we krwi, gdyż przemiana podstawowa wskazuje tylko na zmiany ilościowe czynności tarczycy, poziom cholesteryny na zmiany ilościowe i jakościowe. Zupełnie zrozumiałe jest korzystne działanie preparatów tarczycy w nerczycy lipoidowej, gdzie przemiana podstawowa jest obniżona a poziom cholesteryny podwyższony.

H. Długosz (Lwów).

Przyczynek do patofizjologji przemiany tłuszczowej w schorzeniach nerek. A. I. ODINOW i S. N. GUSCHTSCHINA. Ztsch. f. Klin. Med. B. 123. Str. 358—364.

W schorzeniach nerek nie stwierdzono wyraźniejszych odbiegnięć od normy poziomu cholesteryny i tłuszczu obojętnego we krwi, ani naczczo, ani po obciążeniu pokarmowem. W pewnych schorzeniach nerek stwierdzono podwyższenie poziomu kwasu acetooctowego we krwi naczczo i po obciążeniu masłem, w nielicznych przypadkach także poziom kwasu beta-oksymasłowego był podwyższony. W miarę poprawy stanu powracały wartości ketonów do normy.

H. Długosz (Lwów).

Myelosis aleucaemica pod obrazem panmyelopthisis. C. HENSCHEN i A. JEZLER. Ztsch. f. klin. Med. B. 128. Str. 343—357.

Opis przypadku, który klinicznie odpowiadał *panmyelophtisis* (anemja hipochromiczna bez objawów regeneracji, leuko- i trombocytopenja), a sekcyjnie stwierdzono *myelosis aleucaemica.* Przypadek interesujący dlatego, że w ciągu prawie rocznej obserwacji nie stwierdzono we krwi myelocytów ani myeloblastów. Takiego przypadku dotychczas nie opisywano. Autorzy omawiają szeroko sprawę przedostawania się ciałek krwi z ognisk krwiotwórczych. W przypadkach zahamowania wpływu może krew obwodowa nie przedstawiać żadnych zmian, mimo zmiany w ogniskach krwiotwórczych. Wobec oporności niedokrwistości w omawianym przypadku na leczenie wewnętrzne i spowodu dużych dolegliwości brzusznych wykonano wycięcie śledziony. Po wycięciu śledziony poprawił się stan ogólny, zwiększyła się ilość ciałek białych do normy, ilość czerwonych i płytek pozostała bez zmiany. Chory zmarł prawie 10 miesięcy po wycięciu śledziony spowodu udaru mózgowego.

H. Długosz (Lwów).

Zachowanie się białek we krwi w dysfunkcjach tarczycy. R. OLIVETTI i A. BOBBIO. Min. Med. Nr. 40. 1935.

Oznaczając białka we krwi metodą Howe-Cionini'ego u 52 osobników, wykazujących zaburzenia czynności tarczycy stwierdzili autorzy w przyp. wzmożenia przemiany podstawowej zmniejszenie ilości białka z obniżeniem wskaźnika Alb./Glob., zaś w stanach obrzęku śluzakowatego zwiększenie ilości białka ze zwiększeniem ilości albuminów. Według autorów tarczyca wywiera poprzez system neuro-wkrewny, swoisty wpływ regulujący stosunki białek we krwi.

Mester (Kraków).

Zespół alergiczny jako odruch na zaburzenia w zakresie zębów mądrości. C. RAMORINO. I. Quad. dell'Allergia. Nr. 5. 1935.

Pacjentka w wieku 30 lat miewała od 7 lat objawy alergiczne w postaci świądu skóry, pokrzywki i obrzęków Quincke'go. Wszelkie leczenie odczulające, dietetyczne i farmakologiczne pozostawało bez skutku. Badanie krwi nie wykazało zwiększenia komórek kwasochłonnych. Badanie rentgenologiczne zębów wykazało następujące odchylenia od normy: Zęby mądrości ektopiczne, górne w samej szczęce, dolne w pozycji pochyłej, których korona ma tendencję uciskania na okolicę tylnej korony 7 zęba, korzenie bardzo duże i wydłużone. Po usunięciu zębów trzonowych, zwłaszcza górnych wystąpiła przejściowo większa pokrzywka, poczem wszelkie objawy alergiczne ustąpiły zupełnie i trwale. Autor przypisuje w tym wypadku znaczenie etjologiczne uciskowi nerwu trójdzielnego przez ektopiczne zęby.

Mester (Kraków).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Leczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowych wstrzykiwaniami soli złota do tętnicy szyjnej. N. ROMANO i R. EYHERABIDE. Actualidad Méd. Mundial. Nr. 55. 1935.

Autorzy wstrzykiwali w 2 przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych sanokryzynę w ilości 0,025 g do tętnicy szyjnej, po uprzedniem wypreparowaniu jej przez chirurga. Oba przypadki skończyły się zejściem śmiertelnem, jednak autorzy nie zauważyli żadnych objawów zatrucia, ani uszkodzeń nerek. Uzasadniając teoretycznie wybór tejże drogi ponad zwykłą dożylną, radzą jej stosowanie, zwłaszcza biorąc pod uwagę dotychczasową bezsilność leczniczą wobec tej choroby.

Mester (Kraków).

O zachowaniu się lewulozy we krwi w schorzeniach wątroby. P. De LUCIA i E. CLAAR. Min. Med. Nr. 37. 1935.

Po 12-godzinnej głodówce autorzy podawali 40 g lewulozy w 300 cm³ ciepłej wody i oznaczali ilość glukozy i lewulozy we krwi i w moczu naczczo tudzież po 30', 60', 120', 180', 240' i 300'. Badanych było 9 osobników prawidłowych, 8 z rozmaitemi schorzeniami niewątrobowemi i 35 ze schorzeniami wątrobowemi. Wnioski ich są następujące: U osobników prawidłowych i chorych nie na wątrobę ilość lewulozy we krwi dawała wyniki prawidłowe. U chorych na wątrobę w 63% istniało wyraźne upośledzenie czynności wątroby, zaś w 37% pomimo schorzenia wątroby ilość lewulozy we krwi była w granicach normy.

Mester (Kraków).

Rozpoznawanie zespołu zwężenia oskrzeli. D. SUŠIĆ. Liječnicki Vjesnik. Nr. 6. 1935.

Autor rozróżnia trzy stopnie zwężenia. W I stopniu objawy zwężenia pojawiają się tylko przy wzmożonem oddychaniu; chora strona pozostaje w tyle za zdrową, a w okolicy wnęki słychać przedłużony wydech. W II stopniu objawy istnieją już i przy normalnem oddychaniu. Chora strona pozostaje w tyle za zdrową, jest bardziej atelektatyczną, niekiedy emfizematyczną. W okolicy zwężenia oddychanie osłabione, bronchofonja silniejsza, *fremitus* często słabszy. W okolicy wnękowej słychać świsty odpowiadające utrudnionemu oddechowi. W III stopniu dominuje zupełna atelektaza, nad całą częścią poniżej zwężenia oddechowe szmery, bronchofonja, *fremitus* są osłabione lub zniesione. Autor opisuje charakterystyczny objaw; gdy zwężenie doprowadziło już do osłabienia szmerów oddechowych i osłabienia oddźwięku głosu, wtedy można stwierdzić, że nad miejscem zwężenia jest osłabiony *fremitus* pochodzący od głosu, a nie jest osłabiony *fremitus* pochodzący od furczeń.

R. L. (Lwów).

Komunikat o obecności porfiryny w moczu pellagrycznych. P. ELLINGER i L. DOJMI. Liječnički Vjesnik. Nr. 6. 1935.

U wszystkich chorych pellagrycznych w okresie stanu czynnego choroby stwierdzili autorowie obecność porfiryny w moczu. W 14 przypadkach (na 15) pellagry w okresie nieczynnym, porfiryny w moczu nie znaleziono. Ponieważ taksamo pojawia się porfiryna u szczurów przy karencji witaminy B/2, przeto badania autorów przynoszą potwierdzenie teorji łączącej pellagrę z brakiem witaminy B/2. *R. L.* (Lwów).

Wpływ grasicy na ilość leukocytów. A. HAHN. Liječnički Vjesnik. Nr. 7. 1935.

W przypadku guza grasicy zauważył autor nagły spadek leukocytów. To skłoniło go do prób uzyskania czynnej substancji grasicy powodującej spadek leukocytów, co mu się w części udało. W przypadku myelogenicznej białaczki zastosował karmienie cielęcą grasicą w dużych ilościach i uzyskał pewną poprawę.

R. L. (Lwów).

O wycięciu n. hypogastricus sup. w ginekologji. F. DRAŽANČIĆ. Liječnički Vjesnik. Nr. 8. 1935.

Autor stosował t. zw. operację Cotte'a w 23 przypadkach, 14 z nich mógł dalej obserwować. W 11 była zupełna poprawa, w 3 mała, w 1 żadna. Wskazanym jest ten zabieg przy neuralgjach miednicy małej, w *dysmenorrhoea.* Ujemnych skutków nie widział. *R. L.* (Lwów).

O pomiarach odruchu rogówkowego i spojówkowego. VL. CAVKA. Liječnički Vjesnik. Nr. 9. 1935.

Autor skonstruował aparacik, korneorefleksometr, który mierzy siłę uderzenia powieki górnej po podrażnieniu spojówki lub rogówki. Wyniki oznacza dwiema liczbami np. 10—2, pierwsza cytra oznacza gramy (obciążenie dźwigni), druga milimetry (wysokość podniesienia ciężarka). Zbadał 30 osób normalnych, 20 okulistycznych i 35 neurologicznych przypadków. W następnym numerze (10) krytyka i polemika odnosząca się do tego aparatu.

R. L. (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Znieczulenie rdzeniowe zapomocą Perkainy. BASSET A. La Presse Médicale. Nr. 28. 1933.

Autor opisuje szczegółowo metodę Quarelli, którą stale się posiłkował. Po zakończeniu swych doświadczeń dokonał on jeszcze 35 znieczuleń, z których 29 było znakomitych, 3 bardzo dobre, (1—2 przypadki nudności) i 2 dobre. Stosunek procentowy w 285 przypadkach był o wiele większy i lepszy niż przedtem podał. Bliski był następującym danym: zupełne znieczulenie obserwował w 72,6% przypadków, zupełne zaś znieczulenie lub bardzo dobre w 89,4% przypadków. Z dokonanych ostatnio 35 przypadków nie zauważył żadnego godnego uwagi wypadku niepomyślnego po operacji. Z tych 35 przypadków 4 tyczą się wysokiej laparotomji spowodu cierpień żołądkowych lub żółciowych.

Dr. Fr. Sienicki (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 2 października 1935.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Przewodniczący zawiadamia o zgonie bł. p. Kolegi Dr. Friedmanna Ludwika i przypomina Jego długoletnią ofiarną pracę dla dobra T-wa. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Kol. Jerzy Jasieński, Ordynator Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza przedstawia kilka przypadków, które operował w ubiegłym miesiącu na swym Oddziele:

Przyp. I. Chory l. 30, *z dystopją obu nerek:* prawą nerką miedniczą i lewą nisko ułożoną na talerzu biodrowym lewym. Chorego operowano spowodu zakażonego wodonercza nerki lewej. Wielką torbiel nerkową schodzącą nisko wdół w kierunku miednicy małej i przylegającą bezpośrednio do położonej tu poniżej niej nerki prawej, usunięto w całości z cięcia środkowego jamy brzusznej. Przebieg pooperacyjny gładki. Pozostała nerka prawa leży nisko w miednicy małej. Kielichy jej znajdują się poniżej linji bezimiennej zwrócone, jak i cała miedniczka, niemal prostopadle ku górze, krótki zaś moczowód idzie do góry i zagina się najpierw łukowato ku dołowi ponad dolnym brzegiem stawu krzyżowo-biodrowego prawego. Ujścia pęcherzowe moczowodów są usadowione prawidłowo. Nerka ta jest wyczuwalna przez odbytnicę.

Przyp. II. *Neuralgja wszystkich trzech gałązek prawego nerwu trójdzielnego u 33-letniego chorego.* Po odsłonięciu operacyjnem zwoju Gassera przecięto gałązki czuciowe. Wynik zabiegu bardzo dobry. Przebieg pooperacyjny powikłany miąższowem zapaleniem rogówki.

Przyp. III. *Pokrycie plastyczne płatem kostno-okostnowym, wziętym z kości goleniowej, ubytku rozmiarów 5 na 7 cm na szczycie czaszki po wykonanej przed 5 laty trepanacji dekompresyjnej spowodu załamania.* Zabieg wykonano spowodu częstych bólów, zawrotów głowy i szumu w uszach, występujących przy pochylaniu się i uniemożliwiających choremu pracę. Wszystkie te dolegliwości po zabiegu ustąpiły. Przeszczep trzyma mocno.

Przyp. IV. *Postępujące kostniejące zapalenie, ograniczone do prawego mięśnia żwacza po doznanym przed kilku laty urazie u 52-letniego chorego doprowadziło do zupełnego szczękościsku.* Po 2 zabiegach operacyjnych, polegających na usunięciu wytworzonych wzdłuż przebiegu mięśnia i zrośniętych z żuchwą listw kostnych, wystąpił nawrót cierpienia. Wykonano więc zabieg doszczętny, usuwając cały żwacz począwszy od punktów jego przyczepów kostnych, po wypreparowaniu i odsunięciu ku górze przewodu ślinianki. Wynik zabiegu bardzo dobry i powinien być definitywny.

Przyp. V. *Resekcja esicy olbrzymich rozmiarów z zeszyciem odcinków doprowadzającego i odprowadzającego.* Na kontrolnem zdjęciu rentgenowskiem po wlewie kontrastowym nie można się doszukać miejsca szwów, nie nastąpiło więc zwężenie światła jelita. Ze względu na to, że wszyscy ci chorzy byli operowani w uśpieniu dożylnem ewipanowem kol. Jasieński korzysta ze sposobności, aby podkreślić niezwykłą wartość tego środka usypiającego. Miał sposobność obserwować przeszło 700 narkoz ewipanowych. 300 z nich przeprowadził w roku bieżącym na swoim Oddziele i nie ma dość słów uznania dla tego środka. Narkoza ta nie ma żadnych przeciwwskazań ze strony narządów wewnętrznych. Operowano w tem uśpieniu na Oddziele chorych z zapaleniem płuc, niedomogą serca, rozległem zniszczeniem wątroby, ciężkiem schorzeniem nerek, rozlanem zapaleniem otrzewnej i ogólnem zakażeniem. Niema też przeciwwskazań ze względu na wiek chorego. Operowano zarówno dzieci poniżej lat 3, jak i 90-letniego starca. Jest głęboko przekonany, że część z operowanych ciężkich przypadków nie byłaby zniosła zabiegu w żadnem innem znieczuleniu. Nigdy nie spostrzegał powikłań pooperacyjnych, które możnaby przypisać ewipanowi. Stosował ewipan również przy zabiegach dużych i długotrwałych, jak resekcja żołądka lub odbytnicy, nie uciekając się do dodatku eteru. Toteż uważa ewipan za najlepszy spośród dotychczas znanych środków usypiających.

Kol. J. Kanarek *przedstawia leczone na tym samym Oddziele 3 przypadki złamań dolnych części podudzia ze zwichnięciem w górnym stawie skokowym.*

Złamania nastawiono, odprowadzając równocześnie zwichnięcie pod kontrolą Roentgena w znieczuleniu ogólnem, poczem kończynę ustalano w okrężnym opatrunku gipsowym. W jednym przypadku złamania otwartego okrojono uprzednio i zeszyto brzegi rany. Przedstawione rentgenogramy wykazują anatomiczne lub prawie anatomiczne ustawienie odłamków i odprowadzenie zwichnięć. Podkreśla konieczność dłuższego ustalania kończyn (do 10 tygodni), aby zapobiec ponownemu nadwichnięciu. Chorzy w ten sposób leczeni osiągają szybciej sprawność ruchów w stawie skokowym.

W dyskusji: Kol. Schwarz przypomina, że kiedy przed kilku miesiącami przedstawiał po raz pierwszy w Krakowie wyniki działania Ewipanu na Oddziele II. Szpit. św. Łazarza został zaatakowany. Przypomina, że zarzucono mu przedwczesny entuzjazm wobec środka, który wedle wypowiedzianego wtedy poglądu jednego z kolegów działa na chorego raczej na podobieństwo kuli rewolwerowej i powoduje okropne i długotrwałe bóle głowy oraz inne nieprzyjemne powikłania. Dzisiaj wyraża radość, że wypowiedziane przez niego podówczas poglądy znalazły potwierdzenie na dużym materjale kol. Jasieńskiego.

Kol. Dr. Stanisław Herzhaft (gość T-wa) wygłasza pracę Doc. Dr. Józefa Szymanowicza i swoją p. t.: *„Wpływ czynników zmniejszających krzepliwość krwi na powstawanie zakrzepów doświadczalnych".* (P. G. L. Nr. 47. 1935).

W dyskusji zabierali głos: Kol. Godłowski dwukrotnie, Doc. Dr. Szymanowicz, Kol. Kowarzyk i *w odpowiedzi* Kol. Herzhaft.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 9 października 1935 r.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Kol. Osiek, kol. Ksyk, kol. Syrek (Goście T-wa) *przedstawili 2 przypadki wrodzonej niedrożności przewodu pokarmowego* — z Oddziału Chorób Dzieci Szpitala św. Łazarza i Zakładu Anatomji Patologicznej U. J.

Dr. Jerzy Jasieński *wygłosił wykład p. t. „O naczyniach limfatycznych nerki"*. (Praca przeznaczona w całości do druku).

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 października 1935.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Dr. Henryk Wachtel *wygłosił odczyt p. t.: „Biologiczne leczenie choroby raka"*. (Streszczenie własne).

Od czasu ustalenia naukowego, że choroba raka stanowi ogólne schorzenie organizmu, przy którem guzy są tylko jednym z objawów, stara się kancerologja znaleźć sposoby leczenia biologicznego tej choroby, które drogą usunięcia zachorzenia ogólnego doprowadzałyby też do znikania guzów miejscowych. Metody te nie dały dotąd zadowalających wyników. Sposoby nieswoistego leczenia biologicznego raka, analogiczne do stosowanych we wszystkich przewlekłych ciężkich schorzeniach, dają tu długotrwałe remisje, które jednak kończą się po wielu miesiącach poprawy niepomyślnie. Nieswoiste jest też działanie sztucznej hiperpyrexy i działanie wprowadzonego pozajelitowo białka, które bardzo często sprowadza pogorszenie choroby. Ten ostatni fakt tłumaczy się wyzwalaniem się z uszkodzonej tkanki rakowej ciał, wzmagających wzrost guzów rakowych. Z metod swoistych przeciwrakowych, sposoby, które drogą objawowego leczenia starają się usunąć z organizmu stwierdzone doświadczalnie zaburzenia przemiany materji (usunięcia alkalozy, hipokalcemji, patologicznej glikolizy) dają poprawę ogólną bez szczególnego wpływu na guzy miejscowe. Chemoterapja raka próbowana była najrozmaitszemi środkami bez przekonywujących wyników. I tak okazały się niewystarczające metale koloidalne (ołów i t. d.), pewne barwiki, wyciągi odbiałczone różnych narządów i autolizaty guzów. Znaczną poprawę zdrowia sprowadza metoda leczenia raka E. Freunda, usuwając charłactwo rakowe, przyczem chodzi o przestrojenie flory bakteryjnej w jelitach i odżywianie szczególnie skonstruowaną dietą, charakteryzującą się przewagą białka i ubóstwem węglowodanów, przyczem całe zapotrzebowanie tłuszczowe pokrywane jest tłuszczami roślinnemi. Niepowodzenia chemoterapji spowodowane były przedewszystkiem brakiem odpowiedniej metody doświadczalnej, którąby pozwoliła ciało zbadać wprzód *in vitro* a potem w doświadczeniu na zwierzętach, czy jest ono zdatne dla prób leczenia raka. Przytem musi metoda taka uwzględniać różnorodność biologiczną poszczególnych typów raka (Wachtel: Pol. Gaz. Lek. 1935) i być wystarczająco czułą, aby te nieznaczne działania nie uszły uwagi. Metoda taka, opracowana przez Lustiga i Wachtla *(Biochem. Z. 271.* 1934) posłużyła tym autorom do systematycznego zbadania szeregu grup ciał chemicznych, ważnych fizjologicznie, na ich działanie w stosunku do raka. Przedstawiono rezultaty badań nad kwasami żółciowemi, grupą chininy, glikogenem, dekstryną, glikozydami, lipoidami, kwasami nukleinowemi, białkami, aminokwasami, aminami i aminoalkoholami ze szczególniejszem uwzględnieniem grupy ciał indolowych (patrz Lustig i Wachtel: *Z. f. Krebsforsch.* 41. 1935 i 42. 1935) pozatem przedstawiono rezultaty badań nad szeregiem ciał purynowych, walidynowych i ich pochodnych (w druku), jakoteż rezultaty badań nad szeregiem hormonów, witamin i ciał wpływających na krzepnięcie krwi *(Biochem. Z.* 271. 1934). Te doświadczenia *in vitro* i na zwierzętach wykazały, że istnieją liczne grupy ciał chemicznych, ściśle scharakteryzowanych, które wykazują właściwości przeciwrakowe. Walory te dają się drogą zmian w strukturze stereochemicznej tych ciał potęgować lub osłabiać. To daje objektywną podstawę do dalszych celowych poszukiwań ciała najodpowiedniejszego dla chemoterapji raka. Że nie chodzi tylko o teoretycznie wyciągnięte wnioski, lecz o praktycznie dające się zużytkować dane, potwierdzają próby lecznicze na zwierzętach i u chorych rakowych, których omówienie odroczone zostaje do czasu większego nagromadzenia doświadczeń praktycznych.

W dyskusji zabierał głos Kol. Kowarzyk.

W odpowiedzi prelegent: Kancerologja interesuje się coraz mniej komórką rakową, a coraz więcej organizmem chorym na raka. Jako sedno problemu wykrystalizowało się zagadnienie, na czem polega istota dyspozycji rakowej, bez której nie dochodzi do występowania guzów rakowych i która może też się dziedziczyć. Chemoterapja stara się nietyle wyszukać truciznę, którąby zatruwała komórki guzów rakowych, ile wyszukać sposób, aby zmienić dyspozycję rakową tak, aby w organizmie nie mogło dojść do powstania guza rakowego.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23 października 1935.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Kol. Dr. Hugo Kowarzyk (Gość T-wa) *wygłosił wykład p. t.: „Swoistość serologiczna a zagadnienia wzrostu"* (Przeznaczone do druku).

W dyskusji zabierali głos: Kol. Bernstein (Gość T-wa), Prof. Kaulbersz i *w odpowiedzi* kol. Kowarzyk.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół VIII posiedzenia naukowego odbytego dnia 15 marca 1935 r.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Gerhardt przedstawia przypadek *endothelioma vulvae*. Dotyczy on chorej lat 19, wolnej, wieśniaczki, która nie rodziła i nie roniła. Pierwsza miesiączka w 17 r. ż. Odtąd nieregularna z opóźnianiem, ostatnia przed 2 miesiącami. Na Oddział zgłosiła się chora spowodu guza w kroku, który, jak powiada, rozpiera jej nogi i uniemożliwia jej chodzenie. W wywiadach podaje, że przed 4 miesiącami zauważyła na zewnętrznych częściach płciowych początkowo mały guzek, który, powoli rosnąc, doszedł obecnie do tak dużych rozmiarów, że uniemożliwia jej utrzymywanie się w pozycji stojącej. Przedmiotowo stwierdzamy: chora wzrostu średniego, o charłaczem wejrzeniu, skóra blada, sucha, słabo rozwinięta tkanka tłuszczowa podskórna. Głowa, szyja, klatka piersiowa, brzuch i kończyny bez zmian. Ginekologicznie: na sromie stwierdza się guz wielkości dużej głowy dorosłego człowieka o zabarwieniu miejscami wybitnie sinem, miejscami zaś różowem, rozpadający się na szczycie, konsystencji miękkiej, obficie broczący przy dotknięciu. Guz ten wychodził z prawej dużej wargi sromowej, nie wykazywał wyraźnego odgraniczenia od otoczenia i naciekowo rozprzestrzeniał się ku tyłowi na pośladek prawy, zajmując tu 1/3 dolną pośladka oraz ku pachwinie prawej, gdzie stwierdza się drugi mniejszy guz wielkości pomarańczy, wychodzący już z gruczołów pachwinowych. Gruczoły pachwinowe po stronie lewej bez stwierdzalnych zmian. Szpara sromowa przesunięta ku stronie lewej. Dojście do cewki moczowej z tego powodu niemożliwe. Mocz jednak chora oddaje bez zaburzeń. Badanie *per rectum* nie wykazuje zmian w kiszce odchodowej.

Badanie krwi jakościowe i ilościowe nie wykazuje wybitniejszych odchyleń od normy. Roentgen klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Zdjęcie Rtg. zaś miednicy wykazuje odwapnienie dolnej blaszki kości siedzeniowej na przestrzeni 2 cm oraz podniesienie okostnej.

Rozpoznano *sarcoma primarium vulvae*. Histologiczne badanie skrawków z tego guza wykazało: *endothelioma* a miejscami *perithelioma vulvae.*

Leczenie: naświetlanie promieniami Roentgena; operacja nawet nożem elektrycznym spowodu dużych rozmiarów guza jakoteż spowodu naciekowego rozprzestrzenienia się wszerz i w głąb jest niemożliwa. Z tych samych powodów niemożliwe jest także stosowanie radu i radjopunktura.

W dyskusji: Kol. Lenczowski: Przypadki śródbłoniaków narządu rodnego, a szczególnie sromu, są niezmiernie rzadkie i dlatego trudno jest powiedzieć, co jest lepiej — naświetlać, czy operować. Jedno tylko jest pewne, że guzy te są ogromnie złośliwe, dają wczesne przerzuty i szybko prowadzą do zejścia śmiertelnego. Jak wynika ze słów kol. Gerhardta naświetlanie w przedstawionym przypadku zahamowało dalszy wzrost nowotworu. Trudno oczywiście mówić jeszcze o wyleczeniu; jednak pomyślny wynik doraźny jest zastanawiający i zachęca do dalszych prób w tym kierunku w odnośnych przypadkach.

2. Kol. Ungar wygłasza wykład p. t. *„Wartość praktyczna mikrometody Steigera"*. (P. G. L. Nr. 15. 1935).

W dyskusji: Kol. Franke: Różnice, jakie dadzą się spostrzegać w szybkości opadania ciałek czerwonych w metodzie klasycznej i próbie Steigera, polegają z pewnością na odmiennem pobieraniu krwi. Pobieranie krwi z palca, jak proponuje Steiger,

ma w sobie błędy, które łączą się z samem nakłuwaniem opuszki palca. Nie bez wpływu jest domieszka płynu tkankowego do krwi wyciekającej z rany kłutej, jak i zmiany zachodzące w kropli krwi, stykającej się z powietrzem i t. d., czego dowodem są badania nad obliczaniem płytek krwi. Fogno wyłącza te błędy przy swojej metodzie, na co Steiger nie zwraca uwagi.

W dalszym ciągu dyskusji przemawiają Koledzy: Elmer i Grabowski.

Odpowiada Kol. Ungar.

3. Kol. Mikulaszek wygłasza wykład p. t.: *„O wielocukrach bakteryjnych"*. (W całości ukazało się drukiem w Arch. Tow. Nauk. Lwów, 1935. Dział III. T. VI. Z. 13).

W dyskusji biorą udział Koledzy: Gąsiorowski i Legeżyński.

Sekretarz: ***Juljan Papierkowski.***

Protokół IX posiedzenia naukowego odbytego dnia 22 marca 1935 r.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Prezes odczytuje spis nowoprzyjętych członków; następnie przypomina, że Regulamin T-wa nie przewiduje brania udziału niecżłonków w demonstracjach, wykładach i dyskusjach i zachęca wobec tego do zapisywania się do Towarzystwa.

2. Kol. Franke w imieniu Spółki Wyd. Pol. Gaz. Lek. podaje do wiadomości członków, że została obniżona prenumerata Pol. Gaz. Lek. dla młodych lekarzy klinicznych i szpitalnych do 7 zł kwartalnie i do 5 zł dla tych, którzy są członkami Towarzystwa Lekarskiego.

3. Kol. Świątkiewicz przedstawia chorego 61-letniego, dziedzicznie nieobciążonego. Przebył zapalenie płuc i dur (jaki, tego nie wie). Przed dwudziestu laty chorował na rwę kulszową lewostronną, która po leczeniu w Piszczanach ustąpiła. W 18 r. ż. ożenił się. Pięcioro dzieci żyje zdrowych, dwoje zmarło w dzieciństwie. Żona nie roniła.

Od 16 tygodni cierpi na bóle, które rozpoczęły się w krzyżach, następnie przeszły na całą lewą kończynę dolną i promieniują wzdłuż tylnej powierzchni tejże. Od pięciu tygodni odczuwa także bóle w prawej kończynie dolnej. Mocz oddaje prawidłowo, stolec zaparty.

Badaniem przedmiotowem w dniu przyjęcia stwierdzono, że chory o własnych siłach nie chodzi, tylko podtrzymywany przez dwie osoby. Chodzi ostrożnie, chroni przytem więcej lewą kończynę dolną przed bólami, jakie odczuwa przy chodzeniu. Stoi pochylony ku przodowi. Nerwy mózgowe bez zmian. Kończyny górne bez zmian. Odruchy brzuszne obecne; duża przepuklina mosznowa lewostronna. Na kończynach dolnych zaniki mięśniowe dotyczące przedewszystkiem lewej kończyny dolnej. W obwodzie uda i łydki różnica wynosi 3 cm na niekorzyść lewej strony. Odruch kolanowy lewy nieobecny, prawy słaby. Brak odruchów ze ścięgna Achillesa. Babiński, Oppenheim, Rossolimo i Mendel-Bechterew obustronnie ujemne. Czucie bólu i ciepłoty obniżone w odcinku S_1 po lewej stronie.

Badania dodatkowe: zdjęcie Rtg. miednicy wykazało znaczną osteoporozę kości miednicy, w następstwie czego przyszło do zniekształcenia całej miednicy i znacznego zwężenia małej miednicy (osteoporoza). Mocz bez składników patologicznych. Dno oka bez zmian. O. W. krwi: ujemny. O. W. płynu mózgowo-rdzeniowego podejrzany. R. R.: 136/80 mm Hg. Krew o składzie prawidłowym. Nakłucie lędźwiowe wykonane po raz pierwszy w przestworze pomiędzy kręgiem trzecim i czwartym lędźwiowym pomimo obecności igły w kanale bez efektu, płynu nie wydobyto. Dopiero po wprowadzeniu igły po raz drugi pomiędzy kręgiem lędźwiowym drugim i trzecim otrzymano płyn o charakterze wybitnie uciskowym: ksantochromiczny, z dużą ilością białka (Pandy i Nonne-Apelt: strąt serowaty) oraz wzmożoną ilością składników upostaciowanych: limfocytów: 51/3, leukocytów: 28/3, erytrocytów: około 30/3. Odczyn z chlorkiem złota: 2, 5, 3, 3, 6, 6, 4, 5, 4, 1. Półtora cm^3 lipjodolu wstępującego, który wprowadzono do worka oponowego, rozsiało się w drobne kuleczki na znacznej przestrzeni.

Wyżej podany wynik badania neurologicznego, a przedewszystkiem wynik nakłucia lędźwiowego wskazywał na obecność procesu chorobowego, uciskającego w kanale kręgowym na korzonki, który w wyniku dał bóle o charakterze kulszowym, zniesienie odruchów ze ścięgien Achillesa, zniesienie lewego kolanowego oraz obniżenie prawego, zaburzenia czuciowe, zaniki mięśniowe.

W rozpoznaniu liczono się z dwiema możliwościami. Pierwsza to nowotwór uciskający na korzonki, druga to przewlekły proces zapalny *(arachnitis spinalis)*. Za tą drugą możliwością przemawiał skład płynu mózgowo-rdzeniowego, wykazujący wzmożoną ilość składników upostaciowanych. Dalej za tem rozpoznaniem przemawiało zachowanie się lipjodolu, rozsianie się jego w przestrzeni podpajęczynówkowej na większej przestrzeni, w drobne kulki. Jednak nie można było z całą pewnością wykluczyć sprawy nowotworowej, solidnego guza o znaczniejszych wymiarach, któryby uciskając sam rdzeń, uciskał także i korzonki w ogonie końskim i dawał objawy zespołu uciskowego w płynie mózgowo-rdzeniowym. Zwiększenie składników upostaciowanych w płynie mózgowo-rdzeniowym należałoby tłumaczyć zadrażnieniem opon mechanicznego pochodzenia. Nie jest także wykluczone toksyczne drażnienie opon ciałami pochodzenia nowotworowego.

Licząc się z możliwością guza ogona końskiego o większych rozmiarach, dano wskazanie do otwarcia kanału kręgowego od kręgu drugiego lędźwiowego wdół.

W Klinice Chirurgicznej U. J. K. wykonano (Prof. Dr. T. Ostrowski) laminektomję na wysokości kręgu D_{12}, L_1 i L_2. Po usunięciu łuków tych kręgów opona twarda nie tętniła w tem miejscu. Po przecięciu opony stwierdzono obecność guza zrośniętego z korzonkami oraz częściowo z oponą twardą. Po uwolnieniu guza z luźnemi stosunkowo zrostami, wypierany silnie wysuwał się on z kanału kręgowego. Guz wielkości 6 cm $\times$ 5 cm $\times$ 3 cm, groniasty.

Badanie histologiczne guza wykazało utkanie mięsaka.

4. Kol. Adam-Falkiewiczowa *demonstruje przypadek narkolepsji u 30-letniej kobiety*. Chora ta po raz drugi znajduje się w obserwacji Kliniki Neurologicznej spowodu typowych objawów tego cierpienia: niepowstrzymanego, napadowego zasypiania w dzień i nagłego słabnięcia skutkiem zwiotczenia mięśni, jakie pojawią się w związku z afektem. Prócz tych dwóch charakterystycznych dla narkolepsji objawów u demonstrowanej chorej znajduje się jeszcze stany przejściowe między spaniem a napadowem wiotczeniem mięśni, katapleksją, polegające na tem, że po obudzeniu lub przed zaśnięciem chorą ogarnia nagle ogólny bezwład, chora nie jest w stanie poruszyć się, nie może wydobyć głosu, czuje przytem przykry lęk. Stan taki trwa niedługą chwilę poczem chora czuje się znowu całkowicie normalnie. Ataki takie opisane są w piśmiennictwie pod mianem *cataplexie du reveil* u osobników zdrowych bez innych objawów narkolepsji. W dalszym ciągu omawia Kol. Adam-Falkiewiczowa dokładniej symptomatologię narkolepsji i stanów pokrewnych oraz zapatrywania różnych autorów na mechanizm i lokalizację napadów narkoleptycznych. Opierając się na doświadczeniu z epidemji śpiączki nagminnej przyjmuje się lokalizację dla zaburzeń snu w okolicy dna III komory, wodociągu Sylwjusza. Tutaj również znajdują się wegetatywne ośrodki dla *tonus* mięśniowego. W tej okolicy zatem należy szukać przyczyny objawów narkoleptycznych. Napadowość tych objawów daje im pewne podobieństwo do padaczki; napady narkoleptyczne możnaby uważać za rodzaj padaczki podkorowej.

W dyskusji przemawia Kol. Rothfeld.

5. Kol. Jaburek *wygłasza wykład p. t. „O sposobie rozrastania się nowotworów mózgu"*.

Prelegent przedstawia wyniki własnych badań przeprowadzonych na klinicznym materjale nowotworów mózgu, obejmującym 33 przypadki, a dotyczących zagadnienia kierunkowego rozrastania się guzów w obrębie tkanki mózgowej. Na wstępie nawiązuje do spostrzeżeń, że glejaki posuwają się z pewnem upodobaniem wzdłuż włókien nerwowych (Heymann i Ostertag), a następnie omawia wyniki badań statystycznych Schwartza nad typami lokalizacyjnemi glejaków, przyczem dowodzi, iż typ lokalizacyjny guza musi być zależny również od prawideł kierujących jego przestrzennym rozrostem. W celu ustalenia tych prawideł posługuje się autor metodą przestrzennego odtwarzania kształtów guza i jego stosunków do poszczególnych części istoty mózgowej. Jak widać z licznie demonstrowanych zdjęć fotograficznych (także mikroskopowych) posuwa się utkanie nowotworowe z łatwością w istocie białej, z trudem natomiast w istocie szarej, przyczem zjawisko to dotyczy nietylko glejaków, ale obejmuje w równej mierze także nowotwory o histologicznie najrozmaitszej budowie, zarówno guzy o wzroście naciekowym, jak i o wzroście rozpychającym. Sposób rozrastania się nowotworów mózgu przypomina bardzo sposób szerzenia się obrzęku, który zatrzymuje się zwykle przed istotą szarą. Chodzi tu wogóle o zjawisko jaknajbardziej ogólne: różnice w utkaniu histologicznem między istotą białą a szarą, a w szczególności brak większych szpar i wolnych przestrzeni tkankowych w istocie szarej sprawia, że nietylko wysięk i nacieczenie nowotworowe, ale także procesy ropne i krwotoczne przedzierają się znacznie łatwiej przez miąższ biały aniżeli szary (pokazy zdjęć fotograficznych). Na dalszych przypadkach guzów płatu czołowego wykazuje autor, że także w obrębie istoty białej odbywa się rozrost przestrzenny guza wedle pewnych prawideł, gdyż posuwa on się wzdłuż przebiegu włókien nerwowych. Ujmując włókna nerwowe każdej półkuli mózgu w dwa główne systemy, a mianowicie w system spoidłowy i to-

rebkowy, widzimy, że guzy, a zwłaszcza glejaki, posuwają się wyraźnie wzdłuż tych systemów. Stąd wywodzą się znane spostrzeżenia, że guzy położone w sąsiedztwie spoidła dużego przerastają na drugą stronę mózgu. Zjawisko to daje się najłatwiej i najpiękniej zaobserwować na guzach płatu czołowego. Wracając do typów lokalizacyjnych nowotworów mózgu podkreśla autor, iż typ guza umiejscowionego w kącie między szczeliną środkową mózgu a spoidłem dużem nie jest typem ważnym wyłącznie dla glejaków. W kącie tym, który obfituje w najliczniejsze szpary i wolne przestrzenie tkankowe gromadzą się chętnie nowotwory o różnej budowie histologicznej (także raki i mięsaki). Końcowe uwagi dotyczą znaczenia praktycznego tych spostrzeżeń anatomicznych, w szczególności znaczenia ich dla neurochirurgji. Usiłowania pewnych autorów (Guillain) idące w kierunku wyodrębnienia z obrazu guza płatu czołowego poszczególnych zespołów klinicznych, któreby były zależne od typowego zajęcia różnych części spoidła dużego są w świetle przedstawionych badań uzasadnione.

Sekretarz: *Julian Papierkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego z dnia 16 stycznia 1935 roku.

1. Kol. Nasiłowski pokazuje: a) *chłopca 3-letniego po wyleczeniu z nagminnego zapalenia opon mózgowych*, które przebył w maju 1934 r. (2½ lat).

Leczenie: wprowadzenie do kanału kręgowego surowicy meningok. wieloważnej i powietrza. Wcześnie (w 5 dniu) objawy posurowicze: wysypka i obrzęk stawów; dziecko w wieku 1 roku otrzymało surowicę przeciwpłoniczą.

b) *Dziewczynkę 7-letnią z twardziną skóry (sclerodermia).* Przed 6 tygodniami po przebytem zapaleniu gardła stwardnienie skóry i tkanki podskórnej, częściowo i mięśni odp. na karku, twarzy, tułowiu a w mniejszym stopniu i na kończynach górnych. Odczyn Pirqueta +++. Odczyn Wassermanna i M. we krwi dziecka i matki — ujemne. We krwi eozynofilja 16%.

Leczenie: kąpiele, mięsienie, diatermja z elektryzacją, doustnie środki zakwaszające ustrój *(Ammon. chlorat.).*

Omówienie danych z piśmiennictwa o etjologji, patogenezie i leczeniu tej choroby.

2. Kol. Leon Wierzbicki przedstawia: a) *Przypadek przegrody pochwowej* (z demonstracją) i b) *Przypadek pęknięcia śledziony u ciężarnej.*

3. Kol. Suchodolski *w dyskusji* co do pokazu chorej w ciąży ze swego oddziału ginekologicznego po pęknięciu śledziony przytacza jeszcze dane następujące: samoistne pęknięcia śledziony zdarzają się często w miejscowościach nawiedzonych zimnicą i w chorobach zakaźnych.

W Indjach na 28 sekcyj przypada ma jedno pęknięcie śledziony (Pol. Gazeta Lekarska Nr. 10. 1934 r. str. 187). Bailey, Anglik w 1930 r. zebrał z literatury tylko 11 przypadków samoistnego pęknięcia śledziony i przytacza swój własny przypadek u 52-letniej kobiety, gdzie przystąpił do operacji, rozpoznając ciążę pozamaciczną, a znalazł pękniętą śledzionę, którą usunął; nie było w niej żadnych zmian chorobowych. (Przegląd Chirurgiczny 1934 r. St. 118).

Klinika Mayo notuje na 46 pęknięć śledziony tylko 4 u kobiet. Sorrel określa śmiertelność na 33% (Przegląd Chir. 1932 r. str. 740).

Objaw Kehra: ból w ramieniu lewem w danym przypadku nie występował.

Kusiak (z Zakładu prof. Ciechanowskiego) przytacza przypadek samorodnego pęknięcia śledziony u osoby, leczonej zimnicą w przebiegu porażenia postępującego, przyczem prof. Ciechanowski nie stwierdził żadnych zmian w śledzionie a przyczynę pęknięcia upatruje w ostrym obrzęku śledziony (Pol. Gaz. Lek. 1931 r. str. 334).

4. Kol. Kotarski. *Pokaz przypadku plamicy krwotocznej samoistnej (Purpura haemorrhagica Schoenlein-Henocha).*

Mężczyzna A. K. lat 42, w kilka dni po lekkim urazie, uderzeniu w lewą stopę, zauważył krwawe wybroczyny na obu podudziach. We krwi nie stwierdzono wybitnej małopłytkowości, ani też zbyt powolnego krzepnięcia krwi, natomiast próba Kocha wypadała dodatnio (po ukłuciach tkanki skórnej i podstawnej zostawały małe wybroczyny, a po zastrzyknięciach wynaczynienia obfitsze i dłużej trwające). Cierpienie to należy do grupy stanów krwotocznych, jak krwawiączka, choroba plamista Werlhoffa i plamica krwotoczna, nie mogło być zaliczone do tylko objawowych, gdyż wywiady ani przebieg nie wskazywały na uzależnienie go od przebytych cięższych chorób, a więc winno być zaliczone, jako samoistne i spowodowane cierpieniem naczyń krwionośnych. Osobliwość tego przypadku polega jeszcze na tem, że dotyczy dorosłego już mężczyzny i że w przebiegu obserwacji szpitalnej stwierdzono wybitne uszkodzenie działania centralnego systemu krwionośnego i mięśnia sercowego w postaci zmiennych i przemijających szmerów u wierzchołka serca i na tętnicy głównej, skurcze dodatkowe, niemiarowość i t. p., które to objawy ustąpiły w przebiegu leczenia bez wyraźnego pozostawienia po sobie śladów. Ponadto zauważono przemijające bóle reumatyczne i podniesienie ciepłoty do 38° i nieco wyżej, charakterystyczne dla samoistnej plamicy. Leczenie polegało na pozostawaniu w łóżku, podawaniu wapnia i zastrzykiwaniu mleka, a to ostatnie dało właściwy efekt. Niestety, ustępując żądaniu chorego zgodzono się na nieco wczesny powrót chorego do domu i chory z nawrotem po kilku dniach powrócił do szpitala.

5. Kol. Ficenes: *omawia i demonstruje przypadek ciała obcego pęcherza moczowego oraz przypadek pęknięcia sklepienia pochwy (wskutek urazu).*

W dyskusji zabierali głos Kol.: Trawiński, Nasiłowski, Suchodolski.

Prezes: *Dr. K. Suchodolski.*
Sekretarz: *Dr. Fr. Sztuka.*

Sprawozdanie z posiedzenia lekarzy szkół warszawskich w dniu 19 września 1935 r. w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Przewodniczący Dr. Mitkiewicz zawiadamia o mającym się odbyć w październiku kursie eugenicznym w Państwowej Szkole Higjeny oraz o Zjeździe Pedjatrów w Łodzi w listopadzie.

Następnie wygłosił referat Dr. J. Bogdanowicz p. t.: *„Nosicielstwo w szkole".*

Referent podaje wyniki badań na nosicielstwo bakteryj chorobotwórczych: pałeczek błonicy i paciorkowców hemolizujących w nosogardzieli uczniów kl. 5 szkoły powszechnej i 7 kl. gimnazjalnej w Szkole Mazowieckiej. Badania te były przeprowadzone w Miejskim Instytucie Higjeny dzięki pomocy p. doc. dr. Ławrynowicza i p. dr. Szymanowskiej. W wyniku badań, dokonywanych u wszystkich chłopców wymienionych wyżej klas raz na tydzień przez cały rok szkolny 1934/35, okazało się, że:

1) nosicielstwo paciorkowca hemolizującego jest prawie powszechne, przyczem szczególnie często był on stwierdzany w okresie luty-marzec 1935 r. w czasie epidemji grypy;

2) nosicielstwo błonicy jest również dość częste, przyczem stwierdzone było w 5 klasie powszechnej 5-krotnie w gardle, a 7-krotnie w nosie, zaś w 7 gimnazjalnej 7-krotnie w gardle, 2-krotnie w nosie;

3) przez cały czas badania nie było w tych klasach ani jednego przypadku błonicy ani płonicy:

4) obecnie już po wakacjach zachorował na płonicę i błonicę jeden z uczniów 7 klasy, w którego gardle stale stwierdzano paciorkowca.

Jako ostateczny wniosek, prelegent sądzi, że „nosicielstwo" w środowisku szkolnem odgrywa stosunkowo małą rolę, o ile chodzi o możliwość występowania nowych przypadków choroby.

W dyskusji: Dr. Cieszyński przypuszcza, że badania laboratoryjne niezawsze są dokładne i że nosicielstwo może jest częstsze, niż badania wykazują.

Dr. Wyrzykowski zapytuje, jak się zachowuje odporność u nosicieli.

Dr. Niewiński sądzi, że badania na nosicielstwo u jednego osobnika należałoby dokonywać przez dłuższy czas, gdyż nosicielstwo trwa okresowo.

Dr. Korsak twierdzi, że niedopuszczenie nosiciela pałeczki błonicy do szkół ma raczej znaczenie psychiczne.

Szpitale wypisują za wcześnie po przebytej błonicy. Proponuje przeprowadzenie badań na nosicielstwo w szkołach na peryferjach miasta wśród dzieci najuboższych.

Dr. Mitkiewicz przypomina o obowiązującym nadal przepisie dopuszczania dzieci do szkół po błonicy dopiero na zasadzie ujemnego wyniku badania na nosicielstwo.

W odpowiedzi Dr. Bogdanowicz zaznacza, że zjadliwość zarazka u nosicieli jest niewielka. Dzieci badane na nosicielstwo nie były szczepione.

Nosicielstwo jest krótkotrwałe i okresowe, ale bywały wypadki długotrwałego nosicielstwa. Pałeczki błonicy znalezione u nosicieli były niewątpliwemi pałeczkami błonicy.

Zjazd Lekarzy Urzędowych w Krakowie.

W dniach 15 i 16 listopada b. r. odbył się w Krakowie pierwszy Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Rządowych w połączeniu z Walnem Zebraniem Delegatów Związku Lekarzy Rządowych. Zjazd zorganizowany przez Oddział Krakowski Związku, w charakterze hołdu cieniom Marszałka Józefa Piłsudskiego, zgromadził przedstawicieli sanitarjatu polskiego w ilości ponad 150 osób.

Inauguracji zjazdu — w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego — dokonał w obecności Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Dr. J. Adamskiego, naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia i bardzo licznych lekarzy powiatowych i gości — prezes Związku Dr. Władysław Wierzbowski, podnosząc w słowach krótkich i jędrnych wyjątkowe znaczenie i charakter Zjazdu. Zebrani jednominutowem milczeniem uczcili pamięć Wodza, poczem gremjalnie wyruszono na Wawel, by oddać hołd doczesnym szczątkom złożonym w krypcie św. Leonarda. Rękoma uczestników Zjazdu wzrósł o parę grudek pamiątkowy kopiec na Sowińcu pod Krakowem, niestety silna mgła utrzymująca się cały dzień spędziła wkrótce nawet najgorliwszych z kopca. Wieczornem przedstawieniem w teatrze J. Słowackiego, poematu dramatycznego „Trzy Mgły" Niżyńskiego, tematem odpowiadającego charakterowi zjazdu, zakończono pierwszą część programu. W ten sposób uroczysty nastrój ustąpił stopniowo miejsca części naukowej i obradowej Zjazdu. Wrażenia z pierwszej części były silne i jednolite.

Część naukową wypełniły referaty P. P. Profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego, o których trafnym wyborze tematów świadczyło bardzo żywe zainteresowanie. Dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Dr. Walter w poglądowej formie, objaśniając w czasie oglądania głównego ołtarza Marjackiego, dłóta Wita Stwosza, wykazywał niesłychaną i wprost nieprawdopodobną znajomość patologji skóry, anatomji, bogactwo form średniowiecznego mistrza. Podziw wzbudzały te średniowieczne mulaże, opisane i odkryte przez prof. Waltera.

Prof. Dr. W. Gieszczykiewicz w odczycie *„Wojna bakteryjna"* zobrazował historję tego rodzaju broni, będącej jego zdaniem w fazie *preidei*, przedstawił wszelkie możliwości i niespodzianki, jakich można oczekiwać z tej strony. Treść referatu stanowi cenny materjał informacyjny dla lekarzy powiatowych, których pieczy powierzona jest organizacja akcji sanitarnej o. p. l. biernej.

Referat prof. Dr. W. Gądzikiewicza na temat *„Organizacja opieki i nadzoru sanitarnego nad szkołami powszechnemi i rola lekarza powiatowego w tym nadzorze"*, rozwinęła przed słuchaczami obraz, do jakiego winien sanitarjat dążyć w tym kierunku. Niestety osiągnięcie poziomu zakreślonego przez prelegenta, połączone z rozszerzeniem odpowiednich pozycyj budżetu, wydaje się w chwili obecnej trudne.

Wkońcu prof. Dr. J. Kostrzewski w interesująco ujętym referacie: *„Praktyczne wskazówki w rozpoznawaniu chorób zakaźnych"* podał praktyczne uwagi diagnostyczne i epidemjologiczne dotyczące durów, które to uwagi stanowić będą cenne przyczynki w pracy lekarzy powiatowych.

W części obradowej Zjazdu powitał imieniem Wojewody Krakowskiego uczestników Zjazdu Naczelnik Wydziału Zdrowia Dr. Bolesław Salak, podkreślając w swem przemówieniu fazy rozwojowe sanitarjatu polskiego i potężny wpływ ś. p. Marszałka.

Na Walnem Zebraniu Delegatów Związku złożono sprawozdanie z ubiegłej kadencji, dokonano wyboru nowych Władz, przyczem prezesem wybrano Dr. Kowarskiego, ministerjalnego inspektora lekarskiego, wiceprezesem Dr. Borawskiego Czesława. Honorowym prezesem mianowano Dr. Wierzbowskiego, długoletniego prezesa Związku. W obradach odbytych wspólnie z uczestnikami Zjazdu, omawiano problem reorganizacji Związku, związany z koniecznością obrony stanowiska lekarzy rządowych. Walne zebranie wyraziło życzenie, aby następne zebranie odbyło się na terenie województwa pomorskiego.

Podnieść należy, że uczestnicy Zjazdu w drugim dniu byli gośćmi Państwowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem, biorąc udział w uroczystem poświęceniu nowootwartego pawilonu, gdzie część uczestników miała możność szczegółowego zwiedzenia Zakładu. Wśród miłego nastroju, po śniadaniu wydanem przez Dyrekcję nastąpiło rozwiązanie Zjazdu.

Nie można pominąć strony towarzyskiej Zjazdu. Otóż podkreślić należy, że po raz pierwszy tego rodzaju Zjazd odbył się w towarzystwie żon, rodzin lekarzy. Że wywarło to jaknajmilsze wrażenie, dowodem serdecznie rodzinny nastrój w czasie wspólnej wieczerzy w salach Krakowskiego Towarzystwa Kurkowego i ogólne życzenie, aby w przyszłości zjazdy miały zawsze podobny charakter.

NEKROLOGJA.

Dr. Aleksander Karnicki.

Doktor Aleksander Karnicki, syn Edwarda, urodził się w 1872 roku, zmarł 16. listopada 1935 r., pochodził z Ziemi Wileńskiej Powiatu Mołodczańskiego. W 1895 roku ukończył Wojskowo-Medyczną Akademję w Petersburgu ze stopniem *„Medicus cum eximio laude"*. Po złożeniu egzaminów i obronie dysertacji pod tytułem: „Leczenie kolumnizacieju chroniczeskych zabolewanji prydatków matki i tozowoj brjuszyny", w 1900 r. otrzymał stopień doktora medycyny. Po ukończeniu studjów wstąpił jako ordynator do Lecznicy Maksymiljańskiej i jako ekstern do Petersburskiego Zakładu Położniczego Cesarzowej Marji, dyrektorem którego był wówczas znany akuszer Polak ś. p. Antoni Karsowski. W 1898 r. zostaje mianowany etatowym ordynatorem i repetytorem z położnictwa, następnie stopniowo zostaje starszym ordynatorem, profesorem ginekologji i kierownikiem Oddziału Ginekologicznego, wreszcie wice-dyrektorem całego zakładu położniczego. Od 1907 roku, w ciągu szeregu lat prowadzi wykłady z operacyjnego położnictwa na wyższych dokształcających kursach dla lekarzy. Jednocześnie pracuje jako konsultant-ginekolog w Maksymiljańskiej Lecznicy. Wreszcie razem z kilkoma kolegami jest organizatorem Koła Lekarzy Polaków w Petersburgu, które się później przekształca w Towarzystwo Lekarzy i Przyrodników Polskich w Petersburgu, do którego zostaje wybrany na skarbnika. Po powrocie do kraju w 1921 r. rozpoczyna starania o uruchomienie w Wilnie Państwowej Szkoły Położnych. Dzięki poparciu Ministerstwa Oświaty 1 listopada 1921 r. powyższa Szkoła zostaje powołana do życia, a On mianowany jej dyrektorem i profesorem. Organizuje Szpital Kolejowy w Wilnie, dnia 1 stycznia 1922 r. zostaje mianowany kierownikiem Oddziału Położniczo-Ginekologicznego. Z polecenia Departamentu Sanitarnego M. S. W. organizuje i przebudowuje Oddział Ginekologiczny Wojskowego Szpitala na Antokolu w Wilnie i jakiś czas nim kieruje. W 1922 r. zostaje powołany na jednego z organizatorów zjazdów polskich ginekologów. Zaraz po powrocie do kraju stara się stworzyć Wileńskie Towarzystwo Ginekologiczne, mające na celu pobudzenie do wspólnej pracy kolegów ginekologów, ale napotyka wielkie trudności, tak że dopiero w 1925 r. udaje mu się powołać do życia to Towarzystwo, którego pierwszym prezesem zostaje obrany. Tymczasem przyjmuje udział w Zjazdach Ginekologów Polskich. Na pierwszym, jako referent na temat programowy „o kształceniu położnych w Polsce", a na drugim z własnym referatem na temat „Klinowe wycięcie dna macicy w przewlekłych sprawach zapalnych przydatków macicy". Będąc powołany przez Departament Służby Zdrowia M. S. W. przyjmuje udział w opracowaniu nowych warunków kształcenia położnych i późniejszego ich przeszkolenia. Prace zostały zakończone rozporządzeniem w sprawie wykonania Pana Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 25. IX. 1928 r. W 1933 r. zostaje konsultantem Szpitala Kolejowego w Wilnie.

Prace naukowe ś. p. Zmarłego:

1. Leczenie kolumnizacieju chroniczeskych zabolewanji prydatków matki i tozowoj brjuszyny (dysertacja).
2. Cięcie cesarskie spowodu rzucawki porodowej (po rosyjsku).
3. Przyczynek do *„uterus bicornis duplex et vagina septa"* (po rosyjsku).
4. *Secacornic post partum.*
5. W sprawie stosowania secacorniny w połogu.
6. Statystyczny przegląd przychodni ginekologicznej S. Z. Ż. D. 1911 r. (po rosyjsku).
7. Kazuistyczne przypadki z kliniki położniczej (po rosyjsku).
8. Przypadek pęknięcia macicy.
9. Pochwowe cięcie cesarskie spowodu drgawek porodowych.
10. Notatki z położnictwa (szkic własnych wykładów).
11. W sprawie kształcenia położnych.
12. Klasyczne cięcie cesarskie jako operacja najodpowiedniejsza w przypadkach zaniedbanego poprzecznego położenia przy żywym płodzie.
13. Zaśniad groniasty w szczątkowym rogu macicy.
14. Przypadek wynicowania macicy i jego operacyjne leczenie.
15. Klinowe wycięcie dna macicy w przypadkach przewlekłych zapaleń przydatków macicy.
16. W sprawie operacyjnego leczenia włókniaków macicy.
17. Niepłodność i jej leczenie.
18. Wrażenia z podróży do klinik zagranicznych.
19. Przypadek podwójnej przegrodzonej macicy.
20. Przypadek nagłego poczwórnego skrętu szypułki jajnikowej.
21. Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej trudnej do rozpoznania.
22. Przypadek rodzącego się dużego włókniaka macicy.

23. Wspomnienia z dziesięcioletniej pracy na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala Kolejowego w Wilnie.

24. Kilka uwag w sprawie leczenia przewlekłych spraw zapalnych przydatków macicy na zasadzie własnego materjału. Zjazd w Poznaniu 1933 r.

25. W sprawie konserwatywnego leczenia przewlekłych spraw zapalnych przydatków, Krynica — 1935 r.

Ponadto szereg referatów wydrukowanych w protokóle Petersburskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Wileńskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Dr. L. Achmatowicz (Wilno).

Komitet Budowy Pomnika Józefa Dietla w Krakowie.

Odezwa!

Przeszło pół wieku minęło od śmierci Józefa Dietla, ale pamięć Jego żyje we wdzięcznych sercach potomnych.

Józef Dietl, to jedna z wielkich postaci z czasów porozbiorowych, wielki uczony, świetny organizator, gorący patrjota. Na wszystkich stanowiskach, które zajmował, dzierżąc sztandar polskości, wycisnął wybitne piętno swej indywidualności, znamię stanowczości, woli, mocy; bogacił kraj i rodzinne miasto trwałemi zdobyczami.

Zasłynął jako uczony na stanowisku profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, jako jego Rektor walczył niezłomnie o prawo polskości Uniwersytetu, widząc w nim ostoję życia narodowego: tak samo jako poseł i jako świetny publicysta, poruszając najistotniejsze zagadnienia narodowe i społeczne był nieustraszonym, bezwzględnym, nieugiętym bojownikiem w obronie praw języka polskiego w szkolnictwie i innych dziedzinach życia publicznego. Nieustraszone swe męskie wystąpienia przypłacił utratą katedry.

Jako pierwszy prezydent stoł. król. miasta Krakowa, w szeroko zakreślonych planach i przedsięwzięciach położył podwaliny pod jego rozwój, starał się podźwignąć tę, jak mawiał, duchową i kulturalną stolicę Polski, ognisko życia narodowego, opromienione majestatem przeszłości. Był orędownikiem nauki, sztuki i kultury, był opiekunem i dobroczyńcą biednych. Jako lekarz wskazał i udostępnił krajowi bogactwa zdrojowisk polskich.

Dla oddania hołdu wielkiemu umysłowi i sercu, hołdu pracy, zasłudze i gorącemu patrjotyzmowi, Komitet obywatelski postanowił wznieść pomnik Józefa Dietla, którego wykonanie powierzono znakomitemu rzeźbiarzowi, prof. Dunikowskiemu. Pomnik ten upamiętni postać wielkiego lekarza, obywatela i patrjoty, który dobrze zasłużył się Ojczyźnie.

Za Komitet:

Wiceprezes:	Prezes:
Dr. Mieczysław Kaplicki	*Prof. Dr. Kazimierz Kostanecki*
Prez. m. Krakowa	B. Rektor U. J., b. Prez. Pol. Ak. Um.
Sekretarz:	Skarbnik:
Dr. Józef Owsiński	*Dr. Józef Topolnicki*
Naczelny lekarz miejski	Dyr. Szpitala św. Łazarza

Członkowie Komitetu wykonawczego:

Prof. Dr. Olbrycht Jan, Dziekan Wydz. Lek. U. J.
Prof. Dr. Nowak Juljan, b. Rektor U. J.
Prof. Dr. Latkowski Józef, Dyr. Kliniki Chorób Wewn. U. J.
Dr. Stryjeński Władysław, Naczelnik Izby Lekarskiej.
Doc. Dr. Szymanowicz Józef, Prezes Tow. Lekarskiego.
Prof. Dr. Zieliński Marcin, Prezes Związku Okręg. Lekarzy.

Uczczenie pomnikiem Józefa Dietla, jednego z największych mężów w dziejach medycyny polskiej, jest moralnym obowiązkiem ogółu lekarzy - Polaków. Wielu Kolegów nie odpowiedziało jeszcze na odezwę Komitetu, może dlatego tylko, że nie doszła do ich rąk. Przypominamy więc ją Kolegom w nadziei, że każdy z nich przyczyni się do hołdu, jaki od nas wszystkich należy się pamięci Dietla.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. Dr. Roman Leszczyński (Lwów) został wybrany członkiem honorowym Węgierskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Prof. Dr. J. Szymański ustąpił ze stanowiska profesora i dyrektora Kliniki Okulistycznej U. S. B. spowodu przekroczenia ustawowej granicy wieku.

Zmarli.

Dr. Aleksander Karnicki zmarł w Wilnie w wieku 62 lat.

Dr. Gustaw Paul, znany badacz szczepionek, zmarł w Wiedniu w wieku 76 lat. Wypracował on metodę zwaną „próbą Paula", mającą znaczenie dla wczesnego rozpoznawania ospy, a jego „Kutivakcina" znalazła duże zastosowanie w leczeniu gośćca.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XXXI posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 20 grudnia 1935. Porządek dzienny: 1. Wybór Komisji Matki. 2. Kol. Grzędzielski: Sekcyjny przypadek perjodycznego porażenia nerwu okoruchowego (demonstracja). 3. Kol. Chwalibogowski: a) Zagadnienie minimum tłuszczów i węglowodanów w pożywieniu niemowlęcia (wykład). b) Dalsze doświadczenia lecznicze w cukrzycy dziecięcej (wykład).

Polskie Tow. Oto-Laryngologiczne. Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 19 grudnia 1935. Porządek dzienny: 1. Demonstracje chorych: a) dr. Karbowski: Przypadek raka jamy nosogardłowej z przerzutami do gruczołów i podstawy czaszki. b) dr. Karbowski: Pokaz rentgenogramów kontrastowych ślinianki podszczękowej. c) dr. Jabłoński: Pokazy z kliniki patologji języka. d) dr. Joz: Pokazy rentgenogramów z dziedziny oto-laryngologji. 2. Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3. Dyskusja nad odczytem dr. M. Koenigsteina. 4. Dr. B. Chorążycki: Symetrja w sprawach chorobowych z dziedziny oto-laryngologji.

Różne.

Z kraju.

Ministerstwo Komunikacji utworzyło przed kilku miesiącami specjalny referat higjeny i bezpieczeństwa pracy, którego zadaniem jest ochrona zdrowia i życia pracowników P. K. P. w czasie służby.

Instytut Spraw Społecznych w Warszawie wydał ostatnio interesującą książkę p. t. „Służba lekarska w zakładach pracy". Książka przedstawia zbiór referatów, wygłoszonych przez wybitnych specjalistów i lekarzy fabrycznych na konferencji zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w dn. 2 i 3 marca ub. r., poświęconej organizacji służby zdrowia w przemyśle polskim.

Poziom uświadomienia higjenicznego ludności robotniczej jest niewątpliwie bardzo niski, co przyczynia się w dużym stopniu do obniżenia jej stanu zdrowotnego. Krzewienie zasad higjeny w środowiskach robotniczych jest przeto jednem z najbardziej pilnych zadań akcji kulturalnej w Polsce. Na konieczność usprawnienia tej akcji zwraca ostatnio uwagę Dr. J. Rutkiewicz w czasopiśmie „Sprawy Lekarskie". Należy skoncentrować uwagę — pisze on — na odcinku młodzieży. Jedną z dróg, którą propaganda higjeny dociera do mas robotniczych są wykłady higjeny w publicznych szkołach dokształcających zawodowych. Uczęszczają do nich młode robotnice i robotnicy, zatrudnieni w przemyśle i rzemiośle. W samej Warszawie uczęszcza do 46 szkół dokształcających kilka tysięcy młodzieży robotniczej. Cała trudność — twierdzi Dr. Rutkiewicz — polega na odpowiedniem postawieniu nauczania higjeny w szkołach dokształcających. Istniejący program przewiduje zbyt wiele miejsca na zagadnienia teoretyczne, jak np. naukę o budowie ciała ludzkiego, czem trudniej jest zainteresować chłopców. Za mało natomiast uwagi poświęca się zagadnieniom praktycznym, jak np. higjenie pracy, ze specjalnem uwzględnieniem zawodu, w którym pracują. Wykłady higjeny w szkołach zawodowych prowadzą lekarze. Jest to niewątpliwie najwłaściwsze postawienie sprawy, należy jednak zwrócić uwagę na zdolności pedagogiczne wykładowców i na takie podawanie wiadomości, aby lekcje higjeny dla młodzieży robotniczej nie były tylko „głoszeniem prawd", ani „urzędowem gderaniem", lecz wzbudziły istotne zainteresowanie i pozostawiły realne korzyści. Postawienie sprawy krzewienia zasad higjeny wśród młodzieży robotniczej na należytym poziomie wymaga więc wysiłku organizacyjnego ze strony władz szkolnych i oddania się tej sprawie pewnej liczby ideowo nastawionych i zdolnych jednostek spośród lekarzy. (Inst. Spr. Społ.).

W niedługim czasie zostanie oddany do użytku w Państwowym Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie nowy pawilon. W roku 1926, gdy przepełnienie Zakładu w Kobierzynie zaczęło niepomiernie wzrastać, podjęło, za inicjatywą ówczesnego Dyrektora ś. p. Doc. Dr. Juljusza Morawskiego, Towarzystwo Opieki nad Psychicznie Chorymi w Krakowie starania u miarodajnych czynników o zdobycie nadzwyczajnych kredytów na budowę pawilonu. W staraniach tych wielce pomocni byli przedewszystkiem ówczesny Dowódca D. O. K. Gen. Stan. Wróblewski, ś. p. Prof. J. Piltz, Poseł Dr. Tadeusz Dybowski. Dzięki przychylnemu stanowisku ówczesnego Ministra Spraw Wewnętrznych Gen. Składkowskiego, uzyskano w roku 1928 nadzwyczajną dotację w wysokości 400.000 zł. Na podstawie planów opracowanych przez Inż. A. Kamienobrodzkiego w myśl wskazówek ówczesnego Dyrektora Zakładu Doc. Morawskiego przystąpiono w roku 1929 do budowy pawilonu przeznaczonego dla chorych oddających się pracy warsztatowej. Rozbudowa warsztatów w Zakładzie prowadzona stopniowo prawie od początku istnienia Zakładu a tak pożyteczna, jak wykazują wyniki praktyczne, dla postępów leczniczych i uspołecznienia umysłowo chorych natrafiła sczasem na trudności spowodu szczupłego miejsca w budynkach nieprzystosowanych do tego celu. Nowy pawilon mieszczący w wysokiej piwnicy oraz na parterze szereg pomieszczeń dla warsztatów, jak drukarnia, introligatornia, warsztat krawiecki, szewski, stolarski, tokarski, szczotkarski, koszykarski i tkacki będzie odpowiadał lepiej powyższym celom. Dwa piętra będą mieścić sypialnie i boczne pomieszczenia (sale dzienne, umywalnie, łazienki), przyczem przewiduje się możność pomieszczenia do 150 chorych. W ostatnich latach ukończenie budowy natrafiało na duże trudności ze względu na brak odpowiednich kredytów, dopiero w roku bieżącym przy znacznie zredukowanych cenach w stosunku do pierwotnych kosztorysów, zdołano dużym wysiłkiem finansowym ze względu na zmniejszające się stale spowodu kryzysu dochody Zakładu, wykończyć pawilon, który ma być wkrótce oddany do użytku. Nie należy się jednak łudzić, by otwarcie pawilonu w Kobierzynie znacznie polepszyło warunki opieki psychjatrycznej w województwie krakowskiem, gdyż Zakład w Kobierzynie przeznaczony pierwotnie na 550 łóżek etatowych rozrósł się do liczby prawie 1.100 łóżek z uszczerbkiem oczywiście tak dla higjeny, jak i racjonalnej opieki oraz lecznictwa psychjatrycznego. Miejsca, które będą do dyspozycji zostaną zużyte przedewszystkiem dla odciążenia innych pawilonów nadmiernie przepełnionych; już w ostatnich bowiem latach Zakład z konieczności ograniczał się do przyjmowania chorych tylko w razie potrzeby odosobnienia ze względu na bezpieczeństwo publiczne, co nie da się pogodzić z racjonalną opieką psychjatryczną. Setki chorych oczekuje na przyjęcie tygodnie a nawet miesiące ze szkodą swoją i otoczenia. Dlatego też należy dążyć do dalszej planowej rozbudowy opieki psychjatrycznej i przewidzieć odpowiednie kredyty.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 27 października do 23 listopada 1935.

Choroby	Tydzień 44 27/X 2/XI	Tydzień 45 3–9/XI	Tydzień 46 10 16/XI	Tydzień 47 17–23/XI
Dżuma	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—
Dur brzuszny	342 *24*	459 *33*	373 *35*	407 *28*
Dury rzekome	—	1	—	—
Dur plamisty	23 *2*	23	24 *2*	34 *2*
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	538 *85*	336 *42*	159 *36*	90 *17*
Płonica	524 *10*	652 *23*	651 *19*	596 *17*
Błonica	462 *25*	601 *25*	564 *17*	539 *30*
Nagm. zap. op. m.-rdz.	6 *3*	5 *2*	7 *2*	18 *8*
Odra	363	618 *3*	536 *3*	745 *6*
Róża	112 *7*	140 *9*	131 *5*	144 *7*
Krztusiec	272 *9*	142 *4*	237 *9*	276 *11*
Zimnica	2	1	—	3
Zakażenie połogowe	34 *9*	31 *6*	32 *10*	43 *8*
Trąd	—	—	—	—
Jaglica	384	444	384	450
Wąglik	—	1	—	2
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	2	—	—	1
Wścieklizna	—	—	*3*	*1*
Zatrucie kiełbasiane	—	—	—	—
Choroba Heine-Medina	1 *1*	3	2	—
Nagm. zap. mózgu	1	1 *1*	1 *1*	—
Twardziel	2 *1*	1	2	1

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Anglja.

W Oddziale Geologicznym Szkoły Górniczej w Londynie przeprowadzono interesujące badania nad pyłem krzemowym, który powoduje ciężką chorobę zawodową, zwaną krzemicą. Występuje ona u osób narażonych na przebywanie w atmosferze pyłu krzemowego, przedewszystkiem u górników, kamieniarzy, robotników fabryk porcelany, wyrobów szamotowych i t. p. Rozpowszechnienie tej niedawno poznanej choroby, jest bardzo duże, ofiarą jej padają tysiące pracowników w wymienionych gałęziach przemysłu. Pył kwarcowy, zmieszany z krzemem, dostaje się do dróg oddechowych i osadza się w płucach, powodując ciężkie schorzenie. Dr. W. Jones kierownik Oddziału geologicznego Szkoły Górniczej w Londynie przeprowadził w ciągu ostatnich lat systematyczne studja nad pyłem powodującym krzemicę. Udało mu się stwierdzić, że spośród wielu gatunków pyłu jest jeden szczególnie niebezpieczny, który nosi nazwę mineralogiczną sericyt. Jest on połączeniem kwarcu, glinu i potasu. W stanie rozpylenia odznacza się sericyt niezmiernie małemi wymiarami, wskutek czego utrzymuje się bardzo długo w powietrzu i może dotrzeć do samych pęcherzyków płucnych. W kopalniach, w których pył zawierał sericyt — zachodziły liczne wypadki krzemicy. Pozatem, jak stwierdził Dr. Jones przy badaniu płuc zmarłych na krzemicę górników, zawierały one w przeważającej masie ów sericyt, a nie inne odmiany kwarcu. Odkrycie to potwierdziły obserwacje badaczy w innych krajach. M. in. w Stanach Zjednoczonych Dr. Hurlbut z Uniwersytetu Hawarda doniósł ostatnio o interesującym fakcie. W pewnem mieście były dwie odlewnie żelaza, w których używano piasku do odlewów. W jednej z nich zanotowano w ciągu ostatnich lat 20 wypadków śmiertelnych krzemicy i większą liczbę mniej ciężkich schorzeń. W drugiej wypadków krzemicy nie było zupełnie, mimo że warunki zdrowotne pracy były gorsze, gdyż nie zapobiegano tworzeniu się pyłu i nie chroniono przed nim robotników. Analiza mineralogiczna piasku używanego w obu odlewniach wykazała, że w pierwszym wypadku zawierał on dużą domieszkę sericytu, w drugim nie. Badania te mają duże znaczenie dla praktycznej higjeny pracy i dowodzą, jak wielką rolę odgrywa nauka w dążeniu do uzdrowienia pracy ludzkiej. (Inst. Spr. Społ.).

Ameryka.

W Rio de Janeiro odbyła się niedawno XIII Konferencja Wszechamerykańska Czerwonego Krzyża, przy udziale delegatów 21 państw Ameryki Północnej i Południowej, reprezentantów państw innych części świata i Międzynarodowego Biura Pracy. Spośród wielu rezolucyj, zwraca uwagę uchwała, zalecająca organizacjom Czerwonego Krzyża podjęcie energicznej akcji na polu walki z chorobami społecznemi i zajęcie się higjeną wsi.

Z. S. S. R.

Ułatwienie zawierania małżeństw i rozwodów w Rosji Sowieckiej doprowadziło do pewnych zmian, które jako bardzo znamienne podajemy. Przed rewolucją 78% kobiet wychodziło zamąż przed 20 r. ż., 15% po 21 i 24 r. ż. Po rewolucji liczby te zmieniły się na 44% i 36%, co wskazuje na poważniejsze traktowanie związków małżeńskich i tworzenia rodziny. Przed rewolucją 54% małżeństw zawierano po 1 miesiącu znajomości, 16% po okresie 3—12 miesięcy, a obecnie liczby te wynoszą 21% i 55%, co znowu wskazuje na bardzo poważne traktowanie sprawy.

Ze świata.

Ostatni przegląd epidemjologiczny Ligi Narodów (Nr. 7—9. 1935) poza pracą o żółtej gorączce, (zreferowanej w przeglądzie piśmiennictwa P. G. L.) podaje stan ostrych chorób zakaźnych na świecie w pierwszem półroczu 1935. I tak cholera utrzymuje się w silnem, stałem nasileniu endemicznem w Indjach Brytyjskich (miesięczna ilość zachorowań wynosi 15—23 tysięcy, śmiertelność powyżej 50%). Również i dżuma utrzymuje się w Azji w stałem natężeniu (Indje Brytyjskie i Holenderskie). W Europie zanotowano w I polowie 1935 r. 8 przypadków dżumy, wszystkie na wyspach Azorach. Ospa srożyła się w tym okresie czasu z większem nasileniem aniżeli w latach ubiegłych, w Indjach Brytyjskich miesięczne liczby zachorowań doszły w kwietniu do 47.000. Ospa szerzyła się również w Afryce i Stanach Zjednoczonych (około 700 przypadków miesięcznie). W Europie mierne natężenie wykazała w Hiszpanji, Portugalji i Rosji. Dur osutkowy szerzy się w Afryce, Ameryce (głównie południowej), w Azji prawie wyłącznie w Rosji azjatyckiej, wreszcie w Europie. Największe liczby zachorowań w Europie wykazuje Rosja, Polska, Rumunja i Litwa. Dur brzuszny notowany na całym świecie daje najwyższe liczby zachorowań w Japonji. Z Europy nawiedzonemi najsilniej krajami były Rosja, Włochy, Polska, Hisz-

panja i Węgry. Dur powrotny jest prawie że wyłącznie notowany w Rosji europejskiej i azjatyckiej. Olbrzymie epidemiczne nasilenie wykazała odra w Ameryce (w kwietniu w Stanach Zj. 142.000 przypadków), w Europie najsilniej nawiedzone były Rosja, Danja, Włochy, Hiszpanja i Rumunja. Najwyższe cyfry krztuśćca notowano w Ameryce, z Europy w Hiszpanji, Danji, Rosji i Szkocji. Gorączka połogowa występuje w największem nasileniu w Niemczech, Hiszpanji, Anglji, Czechosłowacji i Polsce. Choroba Heine-Medina utrzymuje się w groźnej sile w Stanach Zjednoczonych Ameryki, nie było w pierwszem półroczu notowanych cyfr takich, jak w roku 1934, ale liczba zachorowań bardzo gwałtownie wzrasta w częściach kraju położonych nad oceanami (77 przypadków w kwietniu — 653 w lipcu). W Europie największe nasilenie wykazała ta choroba w Danji, Niemczech, Anglji, Francji, Włoszech i Szwecji. Poważniejsze liczby zachorowań na zakaźne zapalenie mózgu stwierdzono w St. Zjednoczonych, Anglji i Niemczech. Nagminne zapalenie opon mózgowych notowano w silnem nasileniu w Ameryce, Japonji. Z Europy głównie w Niemczech, Anglji. Nieprzeciętnie wielkie liczby zachorowań wykazała Polska (do 167 zachorowań miesięcznie), w której dotychczas tak silnego nasilenia tej choroby nie obserwowano. Wysokie cyfry zachorowań na waglik u ludzi wykazują, jak zazwyczaj, Włochy, Rosja, Portugalja, Jugosławja. Olbrzymie ilości zachorowań na zimnicę stwierdzane są w Rosji Sowieckiej, kwartalne ilości zachorowań dochodzą tu niekiedy do miljona.

Miastem o najmniejszej umieralności (a wchodzącem w statystykę Ligi Narodów) był w 1934 r. Winnipeg (umieralność 6,7), w Europie rekordowo niską śmiertelność wykazał Rotterdam: 7,3. Najwyższą umieralność stwierdzono w mieście Nagpur, w Indjach Brytyjskich (49,8!). Kraków miał umieralność 9,7, Warszawa 10,6, Lwów 11,3, Łódź 11,6, Polska ogólnie 14,4.

Nagrodę Nobla za r. 1935 otrzymali: w dziale chemji: prof. Joliot i Irena Curie Joliot, córka ś. p. Marji Skłodowskiej-Curie; w dziale fizyki: James Chandwick z Cambridge; w dziale medycyny: prof. H. Speemann.

Komunikaty.

Polski Komitet do Zwalczania Raka. Wszystkie Instytucje Przeciwrakowe w Polsce: Polski Komitet do Zwalczania raka, Instytut Radowy im. M. Skłodowskiej-Curie, Łódzkie Tow. Zwalczania raka, Stow. Polski Instytut Przeciwrakowy we Lwowie, Wileński Komitet Zwalczania raka, Łucki Komitet Zwalczania raka oraz Stowarzyszenia Asystentów Uniwersytetów Krakowskiego i Poznańskiego, celem trwałego uczczenia pamięci Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego, ogłaszają łącznie konkurs naukowy z dziedziny nowotworów złośliwych na warunkach, jak niżej. W sądzie konkursowym swój udział zaofiarowali: Prof. Dr. Adam Czyżewicz. Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski. Prof. Dr. Ludwik Hirszfeld. Prof. Dr. Leszczyński. Dyr. Dr. Łukaszczyk Franciszek. Dr. Józef Marzyński. Kur. Dr. Osuchowski. Prof. Dr. Jurasz Antoni. Prof. Dr. Paszkiewicz Ludwik. Prof. Dr. Pelczar Kazimierz. Prof. Dr. Radliński Zygmunt. Dr. Wejnert Bronisław.

Konkurs na pracę naukową. Celem uczczenia pamięci Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego podpisane organizacje ogłaszają konkurs naukowy na pracę nad rakiem. Warunki konkursu: 1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie niedrukowane, oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach. 3. Tematem pracy mogą być zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak również doświadczalne z zakresu nowotworów złośliwych. 4. Zgłaszane na konkurs prace powinny obok piśmiennictwa obcego uwzględniać odnośne piśmiennictwo rodzime. 5. Prace konkursowe podpisane obranem przez autora godłem powinny być nadesłane w maszynopisie w dwóch egzemplarzach najpóźniej do dnia 12 maja 1937 r. pod adresem: Polski Komitet do Zwalczania raka, Warszawa, Karowa 31, gmach Towarzystwa Higjenicznego. 6. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, nazewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 7. Do oceny prac zostanie powołany Sąd Konkursowy. 8. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I. — 700 zł, II. — 300 zł, III. — 300 zł. 9. Prace nagrodzone będą ogłoszone w czasopiśmie Polskiego Komitetu do Zwalczania raka p. t. „Nowotwory“ z zaznaczeniem, że prace te zostały nagrodzone na konkursie. 10. Sąd Konkursowy ma prawo przyznać tylko niektóre lub żadnej z ogłoszonych nagród, a pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs. Instytucje biorące udział w konkursie: Instytut Radowy im. Skłodowskiej-Curie. Łódzkie Tow. Zwalczania raka. Polski Komitet do Zwalczania raka. Polski Instytut Przeciwrakowy we Lwowie. Stowarzyszenie Asystentów Uniw. Jagiellońskiego Krakow. Stowarzyszenie Asystentów Uniwersytetu Poznańskiego. Wileński Komitet do Zwalczania raka. Łucki Komitet do Zwalczania raka.

Zawiadomienie o nagrodzie konkursowej im. Dr. Seweryna Sterlinga za najlepszą pracę z dziedziny gruźlicy. W dniu 31 stycznia 1936 r. upływa ostateczny termin zgłaszania prac z dziedziny gruźlicy, ogłoszonych drukiem w ostatniem trzechleciu (to znaczy od 1. I. 1933 do 31. XII. 1935 r.). Nagroda im. Dr. Seweryna Sterlinga wynosi 750 zł. Prace należy nadsyłać pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego (Łódź, Pierackiego 9) dla Sekretarza Stałego.

XI Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie“. W okresie od dnia 23 stycznia do dnia 11 marca 1936 roku odbędzie się 7-tygodniowy kurs przeciwgruźliczy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie“, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. Program kursu uwzględni przedewszystkiem studja praktyczne, jak również obejmie 47 godzin wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Studja praktyczne będą polegały na odbyciu praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorjum, jak również na dokładnem zaznajomieniu się z pracą w poradniach przeciwgruźliczych ze szczególnem uwzględnieniem techniki zakładania odmy. Podania na kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Warszawskiego Tow. Higjenicznego) najpóźniej do dnia 14 stycznia 1936 r. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) o ile możliwe zaświadczenie instytucji delegującej kandydata na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu. Kandydaci zgłaszający się na Kurs mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendjum w wysokości do 350 zł. Kurs jest bezpłatny; pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum, jak również i w przyjęciu na kurs będą mieli kandydaci którzy już są zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych.

Redakcja otrzymała:

M. P. Konczałowski: Klinika chorób wewnętrznych. Choroby zakaźne — opr. *Wł. Mikułowski.* Choroby narządu oddechowego — przełożył i uzupełnił *M. Bloch.* Wyd. „Ars Medici“. Warszawa 1935.

Wł. Mikułowski: Beitrag zum Problem der Mumpskomplikationen bei Kindern. Odb. z „Monatschr. f. Kinderheilkunde“. T. 64. Z. 2—3.

Wł. Mikułowski: O konstytucji kiłowej. Monogr. lek. dla lekarzy-praktyków. T. II. Z. 11. 1935. Wydawnictwo „Eskulap“. Warszawa.

Władysław Dobrzaniecki: La reconstitution de l'épispadies contrólés par l'urétrographie. Odb. z „Journal d'Urologie“. T. 40. Nr. 4. 1935.

Służba lekarska w zakładach pracy. Wyd. zbior. Instytutu Spr. Społ. Warszawa, 1935.

H. Vignez: Maladies de femmes enceintes. T. I i II. Wyd Masson et Cie, Paryż 1935.

F. Lejars: Traité de chirurgie d'urgence (IX wydanie przerobione przez P. Brocq'a). Wyd. Masson et Cie, Paryż 1936.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.